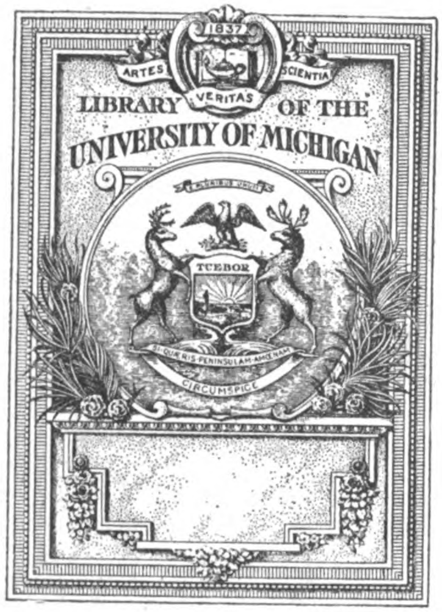

1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
CIRCUMSPICE

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**
Lublinitz (Schlesien).

Neunter Jahrgang 1907/1908.

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Sachregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

*) E. bedeutet gerichtliche Entscheidung.

Autorenregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

Neunter Jahrgang. Nr. 1. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt,** Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **G. Anton,** Halle. Prof. Dr. **Bleuler,** Zürich. Direktor Dr. **van Deventer,** Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger,** Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt,** Geh Med.-Rath, Berlin. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **E. Mendel,** Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini,** Rom. Direktor Dr. **Morel,** Mons (Belgien.) Direktor Dr. **v. Olah,** Budapest. Direktor Dr. **Ritti,** St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss,** Kierling-Gugging (Österreich). Prof. Dr. **Ernst Schultze.** Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer,** Giessen. Direktor Dr. **Urquhart,** Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt,** Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

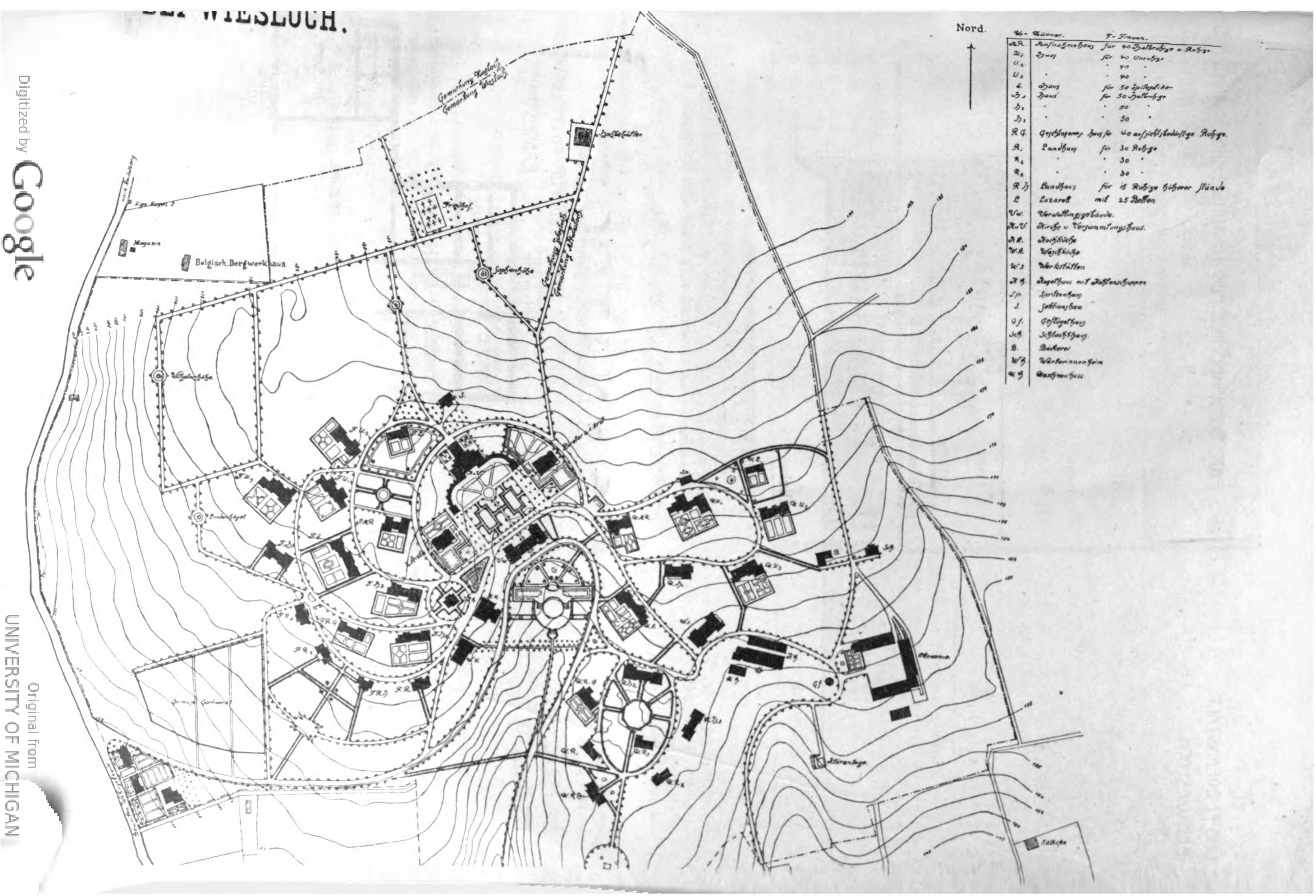
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

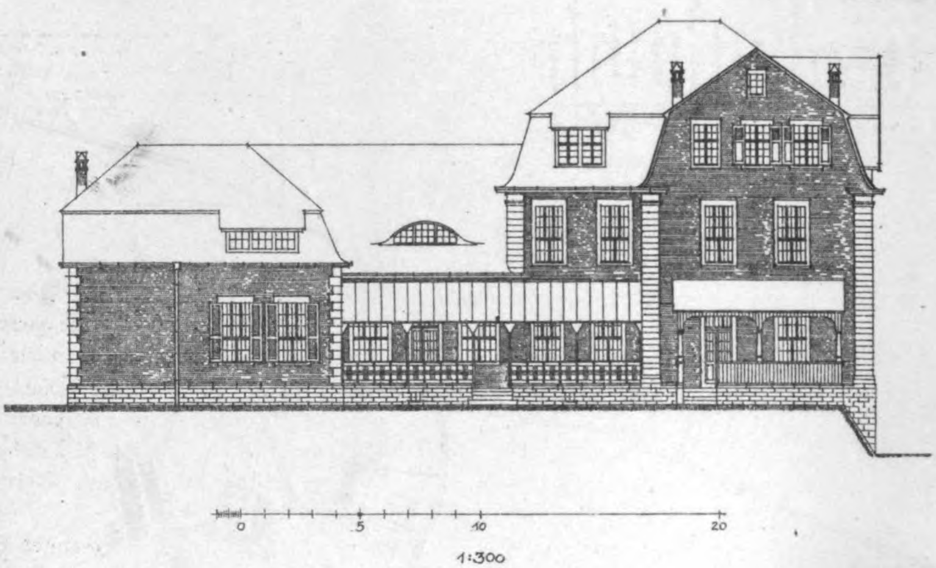
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft in Stärke von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark


WIESLOCH.
Nord.
M. - Männer. F. - Frauen.
A.R. Aufnahmehaus für 40 Halbruhige u. Ruhige.
U1 Haus für 40 Unruhige
U2 " 40 "
U3 " " 40 "
H1 Haus für 50 Halbruhige
H2 " " 50 "
H3 " " 50 "
R.G. Geschlossenes Haus für 40 aufsichtsbedürftige Ruhige.
R1 Landhaus für 30 Ruhige
R2 " " 30 "
R3 " " 30 "
R.H. Landhaus für 15 Ruhige höherer Stände
L Lazarett mit 25 Betten
Vw. Verwaltungsgebäude.
K.u.V. Kirche u. Versammlungshaus.
K.K. Kochküche
W.K. Waschküche
W.S. Werkstätten
Sp. Spritzenhaus
S. Sektionshaus
Gf. Geflügelhaus
Sch. Schlachthaus.
B. Bäckerei
W.H. Wärterinnenheim
Belgisch. Bergwerkhaus
Magazin

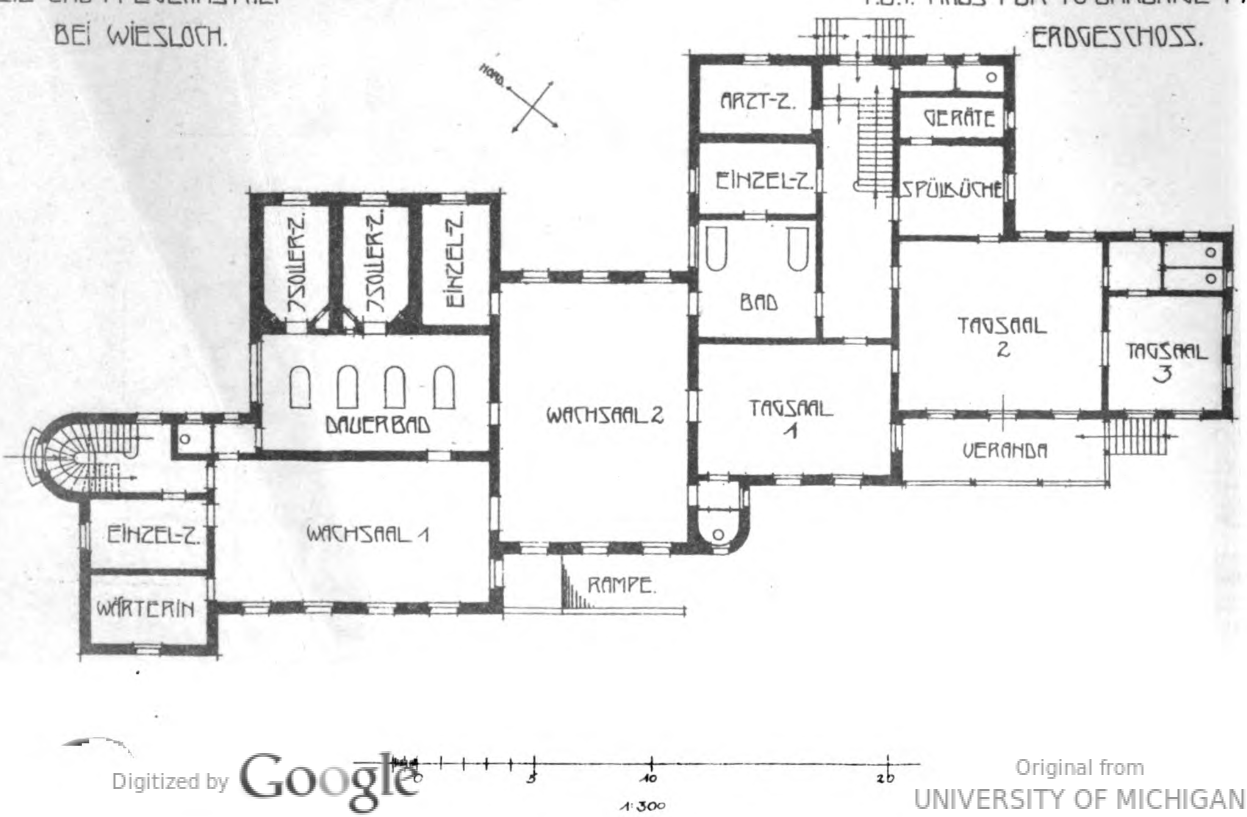
…L- UND PFLEGEANSTALT
BEI WIESLOCH.

F.A.R. AUFNAHMEHAUS FÜR 40 RUHIGE UND HALBRUHIGE FRAUEN.
SÜDSEITE.



…EIL- UND PFLEGEANSTALT
BEI WIESLOCH.

F.U.1. HAUS FÜR 40 UNRUHIGE FRAUEN
ERDGESCHOSS.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 1. 30. März. **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch.

Mit Plan und Skizze.

Von Medizinalrat Direktor Dr. *Max Fischer*.

Nachdem die badischen Anstaltsdirektoren als Sachverständige in der „Denkschrift über den gegenwärtigen Stand der Irrenfürsorge in Baden und deren künftige Gestaltung" vom Januar 1902 die Notwendigkeit der Schaffung neuer Asyle für Geisteskranke in Baden mit zwingender Eindringlichkeit nachgewiesen hatten, haben die badischen Stände in ihren Sitzungen vom 27. und 28. Juni 1902 die Vorlage der Regierung nach den Vorschlägen der Sachverständigen auf Erstellung zweier neuen Landes-Heil- und Pflegeanstalten einmütig angenommen. Die eine Anstalt für das Unterland sollte bei Wiesloch (in der Nähe von Heidelberg), die andere für den Seekreis bei Konstanz errichtet werden.

Es wurden danach unverzüglich die Vorbereitungen zu den neuen Unternehmungen getroffen und zunächst das Gesamtprojekt für die Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch, die ungefähr auf 1000 Plätze ausgebaut werden sollte, in Angriff genommen.

Der Situationsplan für die Anstalt wurde in wiederholten Sitzungen durchberaten und fand eine Lösung, die sich in vorzüglicher Weise dem Gelände anpaßt.

Das erste Bauprojekt datiert vom 1. Juli 1903; es beanspruchte eine Gesamtbausumme von 7629661 Mark. Das Projekt wurde aber als zu kostspielig verworfen und einer Umarbeitung und Reduktion unterzogen. Das zweite Projekt vom 1. Dezember 1903 enthält unter erheblichen Zugeständnissen, sowohl was den ärztlichen als was den baulichen Anteil an den Forderungen betrifft, eine wesentliche Vereinfachung des ursprünglichen Bauprogramms; es stellte sich auf eine Gesamtbausumme von 5399791 Mark; somit war eine Reduktion von ca. 2,23 Millionen erzielt worden.

Die Ständekammer bewilligte aber nachträglich aus Gründen eines spätern rationelleren Heizungsbetriebs statt der in der ersten Einrichtung billigeren Niederdruckdampfheizung das Projekt einer allgemeinen Fernheizanlage für die ganze Anstalt mit einem Aufwande von 691500 M., d. h. einen Mehraufwand gegenüber der andern Heizart von rund 350000 M.

Hierdurch stellen sich die gesamten Baukosten einschließlich des ganzen Anstaltsgeländes auf 5749291 Mark, somit bei Annahme einer Belegung der Anstalt von 960 Plätzen auf rund 6000 M. pro Bett.

Dieser Kostenvorschlag hält ungefähr die richtige Mitte ein zwischen den sehr einfach und billig berechneten Irrenanstalten mit 3800—4500 M. pro Bett und den kostspielig projektierten Anstalten, in welchen das Bett auf 8000—9000 M. kommt.

Im speziellen sieht der Kostenanschlag vor für:

1. 26 Krankenhäuser		
Baukosten	2189630 M.	
Innere Einrichtung .	445000 „	
Gesamtkosten		2634630 M
2. Verwaltung und Wirtschaft (Verwaltungsgebäude, Kirche und Festsaal, Kochküche, Waschküche, Werkstätten, Ökonomie etc. etc.)		
Baukosten	810037 M.	
Innere Einrichtung .	159450 „	
Gesamtkosten		969487 M.
3. Beamtenwohngebäude		269674 „
4. Fernheizwerk		691500 „
5. Allgemeines (Elektrisches Verteilungsnetz, Erdbewegungen, Platzherstellungen)		98000 „
6. Geländeerwerbung		346000 „
Uebertrag:		5009291 M.

Uebertrag:	5009291 M.
7. Straßenherstellung	180000 „
8. Kanalisation und Kläranlage . . .	240000 „
9. Wasserversorgung	240000 „
10. Bauleitung und Verrechnung . . .	80000 „
Insgesamt . . .	5749291 M.

Situation der Anstalt.

Die Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch ist auf einer oberhalb der Stadt Wiesloch sich ausdehnenden Anhöhe gelegen, die sich gegen den Wald zu auf den nach Heidelberg führenden Bergzug direkt fortsetzt. Die landschaftliche Lage ist eine schöne und reizvolle, mit freiem Blick über die weite Rheinebene, wie in die nähere Umgebung. Das Anstaltsgebiet umfaßt einen Flächenraum von im ganzen etwa 90 ha. Das aufsteigende Gelände ist in seiner natürlichen Form, ohne größere Erdbewegungen, in sehr geschickter Weise benützt, so daß sich eine prächtige Straßenführung und eine zweckmäßige Lagerung der Gebäude und Gebäudegruppen ungezwungen ergab.

Der Baustil ist das gefällige Barock mit Ausbildung der Mansarddächer zu Wohnräumen für das Wartpersonal, das Oberwartpersonal und die Hilfsärzte, soweit sie in den Krankenhäusern wohnen.

Die eine Zufahrtstraße führt von Süden, von der Stadt Wiesloch und von der Haltestelle „Heilanstalt" der Nebenbahn Wiesloch-Meckesheim durch eine Talsenkung herauf zum Verwaltungsgebäude dem Zentrum des Anstaltsgebiets, und von hier führt in einer Schleife die zweite Zufahrtstraße als Fortsetzung hinunter gegen Westen zur Landstraße Wiesloch-Heidelberg, wo sich ein Haltepunkt der elektrischen Straßenbahn Wiesloch-Heidelberg befindet.

Zu beiden Seiten des Verwaltungsgebäudes, das die Verwaltungsbureaus, die ärztlichen Arbeitsräume und Laboratorien, die Apotheke usw. enthalten soll, breiten sich dann die Krankenhäuser aus: östlich die Männerseite, westlich die Frauenseite.

In der Nähe liegen die klinischen Aufnahme- und Wachabteilungen für Ruhige, Halbruhige und Unruhige, AR und U 1, es folgen die wichtigen Abteilungen für Epileptische, E, und die für Gebrechliche, H 1. Daran schließen sich nördlich die etwas mehr abgelegenen Häuser für störende Kranke, U 2 und U 3.

Mehr nach vorne zu wiederum liegen die Häuser der sogenannten Halbruhigen, H 2 und H 3.

An der Peripherie der Anstalt schließlich, unterhalb der übrigen Abteilungen sind die Landhäuser der Ruhigen geplant; darunter ein Haus für noch der Aufsicht bedürftige Kranke dieser Art, Rg, und eine offene Abteilung für Kranke höherer Stände, Rh.

Auf der Männerseite sind diese Landhäuser auf einer kleinen Bergkuppe der Anstalt vorgelagert.

Als Ergänzung dienen dann noch die kleinen Lazarette für Infektionskrankheiten.

Vor jedem Hause ist ein eingefriedigter Hausgarten angenommen.

Allgemeinen Zwecken dienende Gebäude:

Hinter dem Verwaltungsgebäude und dem hier projektierten großen Fest- und Spielplatz soll das als Doppelgebäude gedachte Kirchen- und Gesellschaftsgebäude erstehen.

Vor diesem Haus und zu beiden Seiten des Festplatzes befindet sich je ein Doppelwohnhaus für je zwei beamtete Ärzte, worunter der Direktor, der also hier kein besonders stehendes Wohnhaus für sich erhält.

Westlich vom Verwaltungsgebäude, der Frauenseite zu, befinden sich die Kochküche und die Waschküche der Anstalt als zwei besondere Gebäude.

Auf der Männerseite, in südöstlicher Richtung, sind dann die technischen Anlagen der Anstalt: das Werkstättengebäude und nahe dabei das Kesselhaus situiert.

Das eigentliche Betriebsgebäude umfaßt vorerst vier Dampfkessel — davon zwei mit 80 qm und zwei mit 114 qm Heizfläche. Für später ist die Erweiterung des Kesselhauses auf das Doppelte des Umfangs und auf acht Kessel vorgesehen. Der höchste Dampfdruck beträgt 10 Atm. Die Kessel sind mit Tenbrinkfeuerung versehen; nachdem die auf dem Rost erzeugten Feuergase die Kessel bestrichen haben, gelangen sie durch einen 56 m hohen Kamin mit einer oberen lichten Weite von 1,75 m ins Freie.

Der Dampf für die Fernheizleitungen wird, nachdem er die Reduzier- und Schnellschlußventile passiert hat, dem Hauptdampfverteiler im Apparatenraum zugeführt; von hier kann derselbe durch eine größere — im Winter — oder durch eine kleinere Rohrleitung — im Sommer — in den Heizkanälen nach den Krankenhäusern, Kochküche und Werkstättengebäude gelangen, wo der Druck — in der Fernheizleitung 4 Atm. — an den Hausverteilern durch Käferles Dampfreduzierventil auf 0,08 Atm. vermindert wird und damit seine Verwendung für Zimmerheizung finden kann. Das Verwaltungsgebäude ist mit Warmwasserheizung versehen.

Eine Kondenswasserleitung führt im Gefälle der Heizkanäle das Kondenswasser in die Zisternen des Kesselhauses zurück. Die Warmwasserversorgung geschieht für jedes Gebäude von einem Boiler im Kellergeschoß aus, der mit der Dampfleitung verbunden ist.

Im Betriebsgebäude — Kesselhaus — befinden sich ferner: zwei Kesselspeisepumpen von 420 Liter Leistung pro Minute, zwei Speisewasserzisternen von je 10 cbm Inhalt, eine Wasserreinigungsanlage — Patent Reisert, Köln — von 5 cbm stündlicher Leistung. Ein hydraulischer Wasserstandsfernmelder zeigt den Wasserstand vom Hochreservoir an. Ein Fernmanometer zeigt den Dampfdruck an der entferntesten Stelle der Fernheizung im Heizkanal an. Ein Rauchgasanalysator (System Krell Schultze) dient zur Messung und Registrierung des Kohlensäuregehaltes in den Feuergasen; ein registrierender Pyrometer zur Bestimmung der Rauchgastemperatur; ein Wassermesser zur Bestimmung der Kesselspeisewassermengen. Zur Heizung des Betriebsbureaus, Aufenthaltsraumes und Schlafraumes der Heizer, sowie für die Bade-Einrichtung kann Pumpenabdampf oder direkter Dampf vom Hauptdampfverteiler verwendet werden.

Neben dem Kesselhaus ist für später ein eigenes Elektrizitätswerk geplant. Bis dahin wird der Strom zur Beleuchtung der Anstalt von dem Oberrheinischen Elektrizitätswerk in Wiesloch geliefert.

Die Kaltwasserversorgung erfolgt aus dem Maisbachtale, wo die Anstalt ein Pumpwerk mit Wohnhaus des Brunnenmeisters besitzt. Von da wird das Quellwasser nach dem Hochbehälter am Waldrand über der Anstalt geleitet, um von hier aus die Anstalt zu versorgen. Von hier oben bietet sich der schönste Überblick über die ganze Anlage der Anstalt und über die weite Landschaft.

Die Abwasserleitung geschieht zum großen Teil unter dem Boden der Heizkanäle nach der südöstlich gelegenen Kläranlage, einer sinnreich durchgearbeiteten Anlage mit rein mechanischer Klärwirkung.

Noch weiter östlich ist die Ökonomie mit Stallungen, Remisen usw. geplant. Schließlich kommt noch das Häuschen für die Bäckerei und das Schlachthaus der Anstalt hinzu.

An den beiden Zufahrtstraßen zur Anstalt sollen die Beamtenwohnungen für das Personal der Anstalt (verheiratete Wärter, Werkmeister usw.) erstellt werden; sie sind ebenfalls in einfachem Villenstil gedacht.

Zum Schlusse sind noch zu erwähnen die allerdings erst noch zu gestaltenden gärtnerischen Anlagen, durch welche die heute vorhandene Öde mit der Zeit in einen erfreulichen Anblick von abwechselnden und unter sich verbundenen Parkanlagen, Spaziergärten und Nutzgärten verwandelt werden soll.

Um diese soll sich dann erst das von der Ökonomie im großen bewirtschaftete Gelände anschließen.

Über der Anstalt in der Nähe des Waldes wird der Anstaltsfriedhof zu liegen kommen.

Das ganze Projekt der Anstalt umfaßt 53 einzelne Gebäude, darunter 26 Krankenhäuser.

Baugeschichte.

Die Anstalt wird von dem Großh. Ministerium des Innern gebaut. Als Baubehörde funktioniert die Bezirksbauinspektion Heidelberg; die Bauleitung liegt in den Händen des Regierungsbaumeisters Richard Drach. Zum Direktor der Anstalt war der seitherige dritte Arzt der Heil- und Pflegeanstalt Illenau, Oberarzt Dr. Max Fischer am 13. Juli 1904 ernannt worden.

Der bisherige Ausbau der Anstalt vollzog sich nun in folgenden Zeitabschnitten:

Am 30. Juli 1903 wurde die Straßenanlage (die beiden 6 m breiten Zufahrtstraßen, die für die erste Bauperiode nötigen übrigen Straßenzüge, die Brücken über Leimbach und Mühlkanal, der Ladeplatz an der Haltestelle der Nebenbahn, ferner die Entwässerungssammelkanäle) begonnen; diese Arbeiten waren am 30. März 1904 beendigt.

Das Projekt für Wasserversorgung und Kanalisation (Errichtung des Pumpwerks im Maisbachtal, des Hochbehälters oberhalb der Anstalt, die Schmutz- und Abwässerleitung mit der Kläranlage) wurde bis zum 18. Oktober 1905 zur Ausführung gebracht.

Das Fernheizwerk wurde durch die Firma Rietschel & Henneberg-Dresden in der Zeit vom Februar bis September 1905 in dem Umfange, als es für die zuerst erstellten Gebäude erforderlich war, hergestellt.

Mit den Hochbauarbeiten der ersten Bauperiode wurde am 5. April 1904 begonnen. Und zwar wurden zunächst folgende Häuser errichtet.

Auf der Männerseite:

MA. Aufnahmehaus für 30 Betten. Im Erd- und Obergeschoß je eine gleicherweise ausgebildete Wachabteilung — zwei ineinandergehende Wachsäle (Haupt- und Nebenwachsaal), ein Einzelzimmer, Aufnahmebad und Dauerbad, Tagsaal und die nötigen Nebenräume.

ME. eigentlich als Haus für 50 Epileptische gedacht.

Im Erdgeschoß zwei Bettbehandlungsabteilungen mit Einzelzimmern und einigen Isolierzimmern, Tagsälen, Waschraum und Dauerbad.

Daran schließen sich die Tagsäle einer zweiten Krankenabteilung an, deren Schlafsäle mit Einzelzimmern und Nebenräumen im Obergeschoß liegen.

Auf der Frauenseite:

HF 2 und HF 3, zwei unter sich ähnlich gebaute Häuser für je 50 sogenannte halbruhige Kranke. Im Erdgeschoß befindet sich in jedem Haus eine Bettbehandlungsabteilung mit Einzelzimmer, Bade-, Waschraum und Tagsaal. Kombiniert damit ist eine weitere Abteilung, deren Tagsäle ebenfalls im Erdgeschoß deren Schlafräume mit Einzelzimmern und Waschräumen etc. im Obergeschoß liegen. Dazu die nötigen Nebenräume.

Außerdem wurden von Anfang an in Angriff genommen der östliche Flügel des Verwaltungsgebäudes mit den nötigsten Bureaus, im Obergeschoß die provisorische Direktorswohnung.

Das Kochküchengebäude, in welchem einige Räume für die ersten Betriebsjahre als provisorische Waschküche mit Nebenräumen (Bügelstätte) eingerichtet wurden. (Fortsetzuug folgt.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VI.*)

Aus der Literatur des Jahres 1906 zusammengestellt

von Professor Dr. *Ernst Schultze.*

I. Strafgesetzbuch.

§ 49.

Wenn der des Diebstahls angeklagte Haupttäter wegen mangelnden Beweises für das Bewußtsein der Rechtswidrigkeit freigesprochen wird, können andere nicht unter der Feststellung, daß sie das Tun des ersteren mit dem Bewußtsein der Rechtswidrigkeit unterstützt hätten, wegen Beihülfe zum Diebstahl verurteilt werden. (R. G. IV. 16. März 1906.)

D. R.**) S. 511. Entsch. Nr. 1221.

§ 49.

Die Beihülfe im Sinne des § 49 Str. G. B. muß zur Begehung eines Delikts, sie kann also nicht nach der Begehung geleistet werden. Handelt es sich jedoch um ein Dauerdelikt (z. B. Freiheitsberaubung), und ist dies, wenn auch juristisch vollendet, so doch noch nicht völlig abgeschlossen, so ist Beihülfe dazu möglich, sofern nur durch die Tat des Gehilfen die Fortdauer des vom Täter geschaffenen rechtswidrigen Zustandes gefördert wird. (R. G. I. 8. März 1906.)

D. R. S. 573. Entsch. Nr. 1391.

§ 56.

Nach den Gründen des angefochtenen Urteils soll die im Sinne des § 57 St. G. B. erforderliche Einsicht der Angeklagten bei der Art des Delikts und bei dem Umstand, daß die Tat nur wenige Tage vor Vollendung des 18. Lebensjahres begangen wurde, keinem Zweifel unterliegen. Diese Feststellung kann nicht für genügend erachtet werden, um die Voraussetzungen der erwähnten Vorschrift als zutreffend bejaht erscheinen zu lassen. Die Art des Delikts begründet an sich für die Zurechnungsfähigkeit der relativ Strafmündigen keinen Unterschied. Allerdings wird die Frage ihres Unterscheidungsvermögens bei den verschiedenen Deliktsgruppen und Delikten verschieden zu beantworten sein; bei einzelnen kann sie vorliegen, bei anderen fehlen. Vielleicht wollte der erste Richter von diesem Standpunkte ausgehend sagen, daß ein nahezu 18jähriges Mädchen, wie die Angeklagte, die fragliche Einsicht im Sinne des § 57 St. G. B. in die vorliegende konkrete Tat nach dem Grade ihrer geistigen Entwicklung besessen habe. Aber dieser Gedanke ist nicht zu genügend klarem Ausdruck gelangt. Jedenfalls erscheint der andere Beweisgrund für die angenommene Zurechnungsfähigkeit der Angeklagten als verfehlt. Das Gesetz verlangt die Feststellung der erforderlichen Einsicht jedem Angeklagten unter 18 Jahren gegenüber; der erste Richter entnimmt der Tatsache, daß die Angeklagte die inkrimierte Handlung wenige Tage vor Vollendung des 18. Lebensjahres begangen

*) Vergleiche diese Wochenschrift:
Jahrgang IV 1902/03, Nr. 1—2.
" V 1903/04, Nr. 1—4.
" VI 1904/05, Nr. 1—6.
" VII 1905/06, Nr. 1—8.
" VIII 1906/07, Nr. 1—7.

**) „Das Recht."

habe, den Beweis der Strafmündigkeit. Dadurch verletzt er den § 56 St. G. B. wie das R. G. mit Urteil vom 3. Okt. 1896 — R. G. St. 29, 98 — ausgeführt hat. (R. G. I. 29. Jan. 1906.)

J. W.*) pag. 487.

§ 163.

Bei dem fahrlässigen Falscheide liegt die Schuld des Täters darin, daß er schwört, obgleich er sich zur Zeit der Eidesleistung, bezw. der eidlichen Aussage sagen konnte und mußte, daß er wegen unterbliebener oder mangelhafter Vorbereitung und Überlegung so nicht schwören dürfe. Stellt er eine Tatsache, der objektiven Wahrheit entgegen, als wahr oder als nicht wahr hin, so kann seine Fahrlässigkeit darin liegen, daß er sein Wissen als ein sicheres hinstellt, während die Aufwendung der gebotenen Aufmerksamkeit und Sorgfalt ihn dahin führen mußte, es als nicht sicher zu erkennen und zu bezeichnen. Dagegen wird die Fahrlässigkeit des Täters nicht lediglich durch den Ausspruch begründet, daß er sein Gedächtnis nicht genügend angestrengt habe. (R. G. V. 22. Juni 1906.) D. R. S. 946. Nr. 2311.

§ 176, Z. 3.

Soweit die Unzüchtigkeit der an einem Kinde unter 14 Jahren verübten Handlung in Frage kommt, genügt es, daß die Handlung objektiv unzüchtig ist. Es ist nicht erforderlich, daß auch das Kind deren Unzüchtigkeit erkannt oder selbst aus sinnlicher Lust gehandelt hat. Insoweit reicht es vielmehr aus, wenn der Verleitende sich des Unzüchtigen der Handlung bewußt ist. (R. G. IV. 8. Mai 1906.)

D. R. pag. 698. Entsch. Nr. 1710.

§§ 222. 230.

Von einem schuldhaften Verhalten kann nicht die Rede sein, wenn der Handelnde infolge des seelischen Zustandes, in dem er sich befand, sein Tun für richtig hielt und er ohne sein Verschulden in den seelischen Zustand, der ihn verhindert, ruhig zu überlegen, geraten war. (R. G. IV. 6. Nov. 1906.)

D. R. pag. 1444. Nr. 3459.

§ 230.

Die Feststellung, daß der Täter durch seine, an einer Person vorgenommenen hypnotischen Experimente nicht nur psychisch, sondern auch physisch in einer deren körperliches Wohlbefinden erheblich störenden Weise auf dieselbe eingewirkt und dadurch eine Beschädigung ihrer Gesundheit als Folgeerscheinung herbeigeführt hat, genügt für den objektiven Tatbestand des § 230 Str. G. B. (R. G. III. 18. Dez. 1905.) D. R. pag. 194. Entsch. Nr. 380.

*) Juristische Wochenschrift.

§ 230.

Jeder, der die Heilkunde gewerbsmäßig betreibt, ist verpflichtet, sich die zu deren Ausübung erforderlichen Fähigkeiten anzueignen. Versäumt er dies und übernimmt er trotzdem die Behandlung einer Krankheit, die er nach dem Stande seiner Kenntnisse und seiner Ausbildung entweder nicht richtig zu erkennen oder nicht richtig zu behandeln versteht, so kann er im einzelnen Falle schon dadurch fahrlässig handeln, daß er trotz seiner mangelnden Ausbildung die Behandlung übernimmt, ohne sorgfältig zu prüfen, wieweit er nach seinen individuellen Fähigkeiten sachgemäße Hilfe leisten kann. (R. G. III. 15. Okt. 1906.)

D. R. pag. 1328. Entsch. Nr. 2348.

§ 243, Nr. 2.

Das Tatbestandsmerkmal des Einsteigens verlangt begrifflich, daß der Täter in eigener Person sich in das Gebäude oder den umschlossenen Raum begibt, entfällt dagegen, wenn das Entfernen der gestohlenen Sache aus dem umschlossenen Raum nur mittels Werkzeugs erfolgt. Als bloße Werkzeuge sind aber auch Personen zu betrachten, welche nicht im Verhältnis eines Teilnehmers stehen, z. B. Geisteskranke, die der Täter zum Einsteigen und Wegnehmen der Sache veranlaßt hat. (R. G. I. 27. Okt. 1906.)

D. R. pag. 1386. Nr. 3380.

II. Strafprozessordnung.

§ 68.

Die Annahme, daß Zeugen über Urteile schlechterdings nicht vernommen werden können, ist eine irrige. Sie beruht auf der unzutreffenden Voraussetzung, daß das Gebiet der tatsächlichen Erklärungen sich überall von dem der urteilsmäßigen scharf abgrenzen lasse. Wer indessen eine Tatsache behauptet, gibt damit in der Regel zugleich ein Urteil ab, und weshalb da, wo es zu beurteilen gilt, welche Bedeutung einer wahrgenommenen Tatsache innewohne, der Wahrnehmende nicht darüber als Zeuge sollte vernommen werden dürfen, welche Bedeutung er der Tatsache beigelegt, wie er sie beurteilt habe, ist nicht abzusehen. Anders liegen die Dinge, wenn nicht sowohl in Frage steht, in welchem Sinne der Zeuge eine ganz bestimmte Wahrnehmung gemacht, als vielmehr, welch allgemeines Urteil er sich über Verhältnisse oder Personen im Wege weiterreichender, im einzelnen nicht kontrollierbarer Schlußfolgerungen gebildet habe. Von einem derartigen

allgemeinen, nicht lediglich an unmittelbare Wahrnehmungen anknüpfenden Urteil ist im vorliegenden Fall nicht die Rede: der Zeuge sollte bekunden, was er mit eigenen Augen gesehen und welche Bedeutung er dem Wahrgenommenen beigelegt hatte. Konnte seine Auffassung für die Entscheidung ins Gewicht fallen, so durfte der Antrag auf seine Vernehmung nicht abgelehnt werden. (R. G. II. 17. Nov. 1905.)

J. W. pag. 253.

(Fortsetzung folgt.)

Zum Angriff des Herrn Abgeordneten Major a. D. Strosser auf die Gutachten der Psychiater.

Uchtspringe, den 19. Februar 1907.

An den Herrn Landtags-Abgeordneten Strosser, Major a. D., Hochwohlgeboren

Berlin
Haus der Abgeordneten.

Euer Hochwohlgeboren

haben nach einem mir vorliegenden Parlamentsbericht der Deutschen Zeitung sich am 16. d. Mts. in der Sitzung des Abgeordnetenhauses dahin geäußert*), daß eine große und weitverbreitete Berliner Zeitung anläßlich des Köpenicker Streiches eine Rundfrage bei einer ganzen Anzahl hervorragender Psychiater angestellt habe, ob der Hauptmann von Köpenick verrückt gewesen sei oder nicht. Eine Anzahl von ihnen habe ihr Urteil dahin abgegeben, daß der Mann zweifellos geistesgestört sei.

Euer Hochwohlgeboren würden mich zu Dank verpflichten durch Angabe der Zeitung und Nr., welche die Urteile einer ganzen Anzahl hervorragender Psychiater in dieser Sache gebracht hat.

Hochachtungsvoll und ergebenst

gez.: Professor Dr. Alt,
Direktor der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe.

Haus der Abgeordneten.

Berlin, SW. 11, Prinz Albrechtstr. 5,
und W. 66, Leipzigerstrasse 4,
den 28. Febuar 1907.

Euer Hochwohlgeboren

erwidere ich auf das gefl. Schreiben vom 19. d. Mts. ergebenst, daß die betr. Ztg. der Berliner Lokalanzeiger war, daß ich aber natürlich heute nicht mehr feststellen kann, welche Nr. es war. Ich habe damals die betr. Gutachten gelesen und mir darüber lediglich eine kurze Notiz gemacht, soweit sie für den Zweck nötig war.

Hochachtungsvoll ergebenst

gez. Strosser,
Major a. D.

Der Tag
Moderne illustrierte Zeitung.

Berlin SW., den 19. März 1907.
Zimmerstr. 37—41.

Herrn Professor Dr. Alt,
Uchtspringe.

Hochgeehrter Herr!

Die Übersendung der Nr. 615 ist nur irrtümlich erfolgt.

Die Redaktion des „Berliner Lokalanzeigers" teilte uns mit, daß sie eine Umfrage bei Psychiatern über den Geisteszustand des Hauptmanns von Köpenick nicht veranstaltet hat.

In vorzüglicher Hochachtung
ergebenst

Der Tag,
Redaktions-Sekretariat.
gez.: Unterschrift.

Uchtspringe, den 20. März 1907.

An den Herrn Landtags-Abgeordneten Strosser, Major a. D., Hochwohlgeboren

Berlin
Haus der Abgeordneten.

Euer Hochwohlgeboren

beehre ich mich für die gefällige Auskunft vom 28. Februar ergebensten Dank zu sagen. Ich habe unter Beifügung einer Abschrift Ihres und meines Schreibens

mich an die Redaktion des Berliner Lokalanzeigers gewandt und um Übersendung der betr. Nummer gebeten. Darauf ist mir Nr. 615 zugegangen, die aber keine psychiatrischen Gutachten, sondern die Antworten auf eine Umfrage betr. Handhabung der Ausweisung im Falle des Hauptmanns von Köpenick enthielt.

Ich habe mich erneut an die Redaktion gewandt und darauf die in beglaubigter Abschrift beigefügte Auskunft der Redaktion erhalten.

Bei der Schwere der von Euer Hochwohlgeboren gegen den Stand der Psychiater erhobenen Anschuldigung darf ich ergebenst bitten, nach Kenntnis dieser Sachlage entweder Ihre damalige Aussage richtig zu stellen oder Ihre Quelle so anzugeben, daß eine Nachprüfung möglich ist.

Hochachtungsvoll und ergebenst

gez. Professor Dr. Alt,
Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe.

Berlin, den 23. März 1907.

Euer Hochwohlgeboren

Brief vom 21. d. Mts. habe ich noch unmittelbar vor meiner Ferienreise erhalten und erlaube mir, Ihnen darauf folgendes mitzuteilen: Wie ich bereits erwähnte, habe ich mir im Laufe des Jahres sachliche Notizen gesammelt, bezw. aus mir übersandten Mitteilungen niedergeschrieben, wie dies wohl jeder Parlamentarier tut, der sich an den Verhandlungen beteiligt. Auf diesen Aufzeichnungen beruhen meine Angaben in meiner Rede vom 16. Februar. Wenn ich Ihrem Wunsche gemäß nach meiner Erinnerung Ihnen die Quelle angab, so habe ich auch hinzugefügt, daß ich bei der Länge der Zeit zu einer genaueren Angabe nicht mehr in der Lage sei. Ich bin dies um so weniger, als ich heute im Abg.-Hause erfuhr, daß die Zeitungen dort nicht gesammelt aufbewahrt werden. Ich würde sonst die Mühe nicht gescheut haben, die Quelle festzustellen.

In Bezug auf den Schlußpassus Ihres Schreibens möchte ich mir aber doch erlauben festzustellen, daß es mir garnicht eingefallen ist, den sehr ehrenwerten und für die Allgemeinheit nützlichen Stand der Psychiater überhaupt anzugreifen, vielmehr habe ich nur die Übertreibung und Unzulänglichkeit der Mittel, eine Geisteskrankheit festzustellen, geschildert, wobei ich insbesondere auf das Buch Manolescu pag. 224 ff. und 268 ff. hinwies.

So und nicht anders ist meine Rede ganz allgemein abgefaßt, wie ich aus mündlichen und schriftlichen Äußerungen entnehmen konnte.

Nach Wiederbeginn der Verhandlungen werde ich übrigens versuchen, die Quelle festzustellen, was ich auch bei sich bietender Gelegenheit event. richtig zu stellen beabsichtige.

Hochachtungsvoll ergebenst

gez.: Strosser, Major a. D.

---

*) Der in Betracht kommende Abschnitt der Strosserschen Rede, die wir demnächst ganz veröffentlichen, lautet nach dem stenographischen Parlamentsbericht:

„Meine Herren, als der in der Welt so bekannt gewordene Hauptmann von Köpenick sein bekanntes Kunststück ausgeführt hatte, da veranstaltete eine hiesige, weit verbreitete Zeitung, ehe der Mann überhaupt ergriffen war, eine Rundfrage bei einer Anzahl hervorragender Psychiater, ob der Hauptmann verrückt gewesen wäre oder nicht. Nun sollte man meinen, die Herren Psychiater hätten es abgelehnt, auf eine solche Frage zu antworten, da sie ja den Verbrecher nicht untersucht, ja noch garnicht gesehen hatten. Aber nein, sie taten das nicht; sondern mehrere von ihnen gaben ihre Urteile dahin ab, daß der Mann zweifellos geistig gestört oder minderwertig sein müßte. Wir haben ja nun nachher gesehen, daß er es durchaus nicht war. Er hat sogar ein Buch geschrieben, worin er sich als außerordentlich gebildeter Mann dokumentierte. Da muß man sich wirklich fragen, ob diese Gutachten immer diejenige Bedeutung verdienen, die man ihnen beilegt."

Mitteilungen.

— Der **34. Provinzial-Landtag von Pommern** hat in seiner Sitzung am 15. März d. J. beschlossen:

1. Den Ärzten bei den Provinzial-Heilanstalten wird die als Volontär- oder Assistenzarzt bei Irrenanstalten, Hebammenlehranstalten, Königl. Kliniken, Krankenhäusern und dergleichen zurückgelegte Dienstzeit als pensionsfähige Dienstzeit, und für die Besoldung als Assistenzarzt bei einer Provinzial-Heilanstalt auch auf das Besoldungsdienstalter angerechnet. Letztere Bestimmung erhält rückwirkende Kraft vom 1. April 1906 ab.

2. Der Provinzialausschuß wird ermächtigt, den Ärzten bei den Provinzial-Heilanstalten auch die Zeit der Beschäftigung als praktischer Arzt auf die pensionsfähige Dienstzeit und auf das Besoldungsdienstalter der Assistenzärzte anzurechnen.

In der Begründung war gesagt, „daß man auf der Konferenz der Landesdirektoren darüber einig war, daß den eintretenden Ärzten nach etwa dreijähriger Dienstzeit eine Anstellung zu teil werden müsse, in der sie die Möglichkeit haben, eine Familie zu begründen und standesgemäß zu ernähren". — Diese wichtigste Maßregel beabsichtigt man in Pommern im nächsten Jahre in Antrag zu bringen. Das bisher bewiesene Wohlwollen der Provinzialverwaltung läßt erhoffen, daß nach dreijähriger Dienstzeit den Ärzten die lebenslängliche Anstellung als Oberarzt mit Bezügen, wie sie die Oberlehrer und Richter haben, gewährt werden wird.

— **Posen.** Der 39. Provinzial-Landtag von Posen hat die Aerztegehälter neu geregelt, und zwar in folgender Weise:

a) Oberärzte: Gehalt 3600—6000 M., steigend alle 3 Jahre um je 400 M., außerdem freie Familienwohnung.

b) Anstaltsärzte: Gehalt 3300—5300 M., steigend alle 3 Jahre um 400 M., daneben freie Familienwohnung.

c) Assistenzärzte: Gehalt 2000—2500 M., steigend alle Jahre um je 100 M., außerdem freie Wohnung, Kost, Beheizung, Beleuchtung und Wäsche.

d) Volontärärzte: Remuneration 600 M. neben freier Wohnung, Kost etc.

Nach einer fünfjährigen, einwandsfreien Dienstzeit werden die Assistenzärzte der Regel nach als Anstaltsärzte auf Lebenszeit mit Pensionsberechtigung angestellt.

Die III. Arztstellen sind in Oberarztstellen umgeändert, so daß in jeder Anstalt nunmehr zwei Oberärzte tätig sind.

Die Gehaltsbezüge der Anstaltsdirektoren (5400 bis 9000 M., steigend alle 3 Jahre um 600 M.) haben keine Veränderung erfahren.

— **Ostpreussen.** Der diesjährige Provinzial-Landtag hat beschlossen, vom 1. April cr. ab

a) die Umwandlung einer Assistenzarztstelle in eine Anstaltsarztstelle (Gehalt 3000 M., und Nebenbezüge 680 M., Gehalt steigt alle 3 Jahre um 400 M. bis 5000 M.);

b) die Erhöhung der Gehälter des gesamten Oberpflege- und Pflegepersonals und zwar hauptsächlich in Anbetracht der Steigerung der Lebensmittel- pp. Preise.

Ferner bei der Anstalt Kortau die Einrichtung von Dauerbädern in 2 Kranken-Pavillons,

die Herstellung eines Operationssales, eines Laboratoriums und eines Leichenkellers,

Herstellung einer neuen Trockenanlage und Beschaffung eines Trockenapparates im Wäschereigebäude,

die Beschaffung eines elektrischen Motors für die Wäscherei.

Für Verbesserung der Feuerlöscheinrichtung sind 3400 M. bewilligt; die Anstalt Kortau hat eine eigne gut organisierte Feuerwehr.

Der Bau eines Vier-Familienwohnhauses für Bedienstete (3 Oberpfleger, Gärtner, Kutscher, Hirt) wird in diesem Jahre bezogen.

Die beiden neu erbauten Absonderungshäuser werden in diesem Jahre begonnen.

Das Gehalt des männlichen Pflegepersonals ist im Anfangsgehalt um 100 M., im Höchstgehalt um 150 M. erhöht (jetziges Gehalt 450—650 M., steigend jedes Jahr um 20 M. — Höchstgehalt nach 10 Jahren — früher 13 Jahren). Den verh. Pflegern freie Dienstwohnung oder 150 M. Mietsentschädigung (pensionsberechtigt), jeder Pfleger erhält Beköstigung III. Kl. im Jahreswerte von 180 M. und Wäschegeld 18 M. p. a., außerdem erhalten die Stationspfleger eine nicht pensionsfähige Zulage von 100 M. jährlich.

Das Gehalt des weiblichen Pflegepersonals ist im Anfangsgehalt um 84 M., im Höchstgehalt um 100 M. erhöht (jetziger Gehalt 300—460 M., steigend von Jahr zu Jahr um 1/8 des Betrages, um welchen das Höchstgehalt das Mindestgehalt übersteigt (Höchstgehalt also nach 8 Jahren — früher 13 Jahren). Jeder Pflegerin Beköstigung III. Kl. im Werte von 180 M. und freie Wäsche im Werte von 18 M. pro Jahr, außerdem erhalten die Stationspflegerinnen eine nicht pensionsfähige Zulage von 75 M. jährlich.

Der I. Oberpfleger erhält jetzt ein Gehalt von	1000—1500 M.
ferner Beköstigungsgeld II. Kl. und Wäschegeld = .	456 „
sowie sonstige Dienstbezüge (Dienstwohnung, Heizung und Beleuchtung, sowie Gartennutzung im Jahreswerte von	235 „
Der II. u. III. Oberpfleger Gehalt	800—1200 M.
Beköstigungsgeld pp. . .	456 „
sonstige Dienstbezüge pp. im Werte von	220 „
Die I. Oberpflegerin erhält jetzt ein Gehalt von	800—1200 M.
außerdem Dienstwohnung, Heizung und Beleuchtung, Beköstigung II. Kl. u. freie Wäsche im Jahreswerte von zusammen	666 „
Die II. u. III. Oberpflegerin Gehalt	600—900 M.
außerdem Dienstwohnung etc., wie bei der I. Oberpflegerin	666 „

Das Gehalt der Oberpfleger steigt von 3 zu 3 Jahren um 1/4 des Betrages, das der Oberpflegerinnen um 1/3 des Betrages, um welchen das Höchstgehalt das Mindestgehalt übersteigt (Höchstgehalt bei den Oberpflegern nach 12 Jahren, bei den Oberpflegerinnen nach 9 Jahren.

Personalnachrichten.

— **Heilanstalt St. Getreu** bei Bamberg. Der Assistenzarzt Dr. Eisenhofer hat den Anstaltsdienst verlassen und die III. Assistenzarztstelle an der Kreisirrenanstalt Bayreuth übernommen. Die hiesige Stelle ist bis jetzt noch nicht besetzt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 2. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft in Stärke von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark

Zum 1. Mai d. Js. ist die Stelle des

II. Assistenzarztes

an der neuen Psychiatrischen Klinik in **Greifswald** zu besetzen. Gehalt 1200 M., sowie Wohnung und Verpflegung in der I. Klasse gegen eine Vergütung von 582 M. Meldungen mit Zeugnissen werden baldigst an die Direktion der Klinik erbeten.

Bekanntmachung.

An der Großherzoglich Badischen Heil- u Pflegeanstalt Emmendingen bei Freiburg im Breisgau sind noch **Hilfsarztstellen** zu besetzen.

Auch sind **Medizinalpraktikantenstellen** frei. Der Anfangsgehalt der Hilfsärzte beträgt 2000 M. bei völlig freier Station I. Klasse. Regelmäßige jährliche Gehaltszulagen.

Die Medizinalpraktikanten erhalten ebenfalls völlig freie Station I. Klasse, dazu eine Vergütung von 500 M. für das Jahr. Die Meldungen wollen an die Direktion gerichtet werden.

Geheimer Medizinalrat Dr. Haardt.

Für einen 25jährigen Mann aus guter Familie, welcher an Dementia praecox leidet und der Pflege in einer gebildeten, verständnisvollen Familie bedarf, wird geeignetes Unterkommen gesucht. Landwirtschaftliche Nebenbeschäftigung erwünscht. Angaben mit genauer Darlegung der Verhältnisse und des Preises erbeten an

Medizinalrat Dr. Streit, Bautzen.

Durch den Tod eines älteren Kollegen ist an meiner Nervenheilanstalt eine Stelle für einen **Arzt, der mehrere Jahre hintereinander an einer psychiatrischen Klinik oder Anstalt tätig gewesen ist,** bald zu besetzen. Anfangsgehalt 3000 bis 3300 M. jährlich bei freier Station. Der Bewerbung bitte ich Lebenslauf, Photographie und Zeugnisse beizufügen.

Dr. Kahlbaum-Görlitz.

Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz (Posen).

Eine neugeschaffene **Assistenzarztstelle** ist sofort zu besetzen. Anfangsgehalt 2000 M. steigend jährlich um 100 M., daneben freie Station. Nach 5 jähriger Dienstzeit in der Provinzial-Verwaltung Posen Anstellung auf Lebenszeit mit Pensionsberechtigung, bei 3300 M. Anfangsgehalt und Familienwohnung. Psychiatrische Vorbildung nicht erforderlich.

Meldungen an die Direktion.

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Dr. Warda, früher I. Assistenzarzt von Herrn Geheimrat Professor Dr. Binswanger in Jena, empfiehlt seine Heilanstalt für Nervenkranke

Villa Emilia

zu **Blankenburg** im Schwarzatal (Thüringen). Die Anstalt ist durch einen schönen und zweckmäßigen Neubau vergrößert und das ganze Jahr geöffnet. 987

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. A. Friedrichroda i. Thür.

Spez.-Behandl. bei Kongestion. Kopfschmerz. Neuralgien.

Neue Hypnotica

Veronal

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. Elberfeld — BAYER

Durch **Intensität u. Sicherheit der Wirkung ausgezeichnet, frei von schädigenden Nebenwirkungen.** Geruchlos, fast ohne Geschmack. Ind.: nervöse Agrypnie, Depressionszustände. Auch bei unkompensierten Herzfehlern, bei chron. interstitieller Nephritis etc. verwendbar.

Als **ungefährliches Sedativum bei maniakalischen Erregungszuständen.**

Mittlere Dos.: 0,5 — 0,75 — 1,0 g, in heissen Flüssigkeiten gelöst zu nehmen.

Isopral

Neues vortreffliches Hypnoticum, Ersatz für Chloralhydrat.

Herz- und Gefässsystem schonend, dabei von doppelt so starker hypnotischer Wirkung als Chloral.

Dos.: 0,5 — 1,0 g bei einfacher und mittlerer Agrypnie.

„ 1,0 — 2,0 — 3,0 g bei Erregungszuständen.

Darreichung in wässeriger Lösung oder in Form von Tabletten.

(In geschlossenem Glasgefäss kühl aufzubewahren!)

Aeltere bewährte Schlafmittel

Hedonal

650

absolut unschädlich, frei von Nebenwirkungen. Dos.: 1,5 — 2 g.

Trional | **Sulfonal**

Verlagsbuchhandlung Carl Marhold in Halle a. S.

Psychiatrische Gesichtspunkte in der Beurteilung und Behandlung der Fürsorgezöglinge.

Vortrag, gehalten auf dem Allgemeinen Fürsorge-Erziehungs-Tage in Breslau am 12. Juni 1906.

Von

Dr. med. Clemens Neisser,

Direktor der Schles. Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bunzlau.

Preis M. 0,80.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 2. 6. April. 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch.

Mit Plan und Skizze.

Von Medizinalrat Direktor Dr. *Max Fischer*.

(Schluss.)

Bis zum Spätjahr 1904 waren diese Gebäude, ausschließlich der einen Hälfte des Kesselhauses und der notwendigen Teile des Heizkanals, im Rohbau fertig; im Frühjahr und Sommer 1905 erfolgte der innere Ausbau und die Inneneinrichtung.

Die Räume im Verwaltungsgebäude und das Kesselhaus konnten bereits im Juni 1905, die Kochküche und die vier Krankenhäuser im Oktober, resp. November 1905 in Betrieb genommen werden.

Im Sommer 1905 wurde ein Teil des Werkstättengebäudes zu erstellen begonnen, um für das Baubureau geeignete Arbeitsräume zu gewinnen; sie konnten bereits vom Januar 1906 an benützt werden. Im Dachgeschoß ergab sich noch ein Hauptmagazin für den Verwalter.

Außerdem waren im Frühjahr 1905 die Bauten MU 1 und FE in Angriff genommen und bis zum Herbst unter Dach gebracht worden. Bis Ende Oktober 1906 waren sie auch im Innern fertig geworden und wurden sofort bezogen.

MU 1 — ein Haus für 40 unruhige männliche Kranke — besteht aus zwei Abteilungen: einer einstöckigen Wachabteilung für 20 Kranke mit zwei ineinandergehenden Wachsälen von zehn und acht Betten; einem anliegenden Dauerbad für vier Wannen, zwei Isolierzimmern, zwei Einzelzimmern und einem Tagsaal; dazu kommen ein Aufnahmebad und ein Untersuchungszimmer. Zweitens aus einer geschlossenen Abteilung für 20 Kranke, deren Tagsäle an die Wachabteilung anstoßen, deren Schlafsäle mit den nötigen Waschräumen im Obergeschoß liegen. Im Dachgeschoß befinden sich die Wärterschlafräume und die Abteilungsmagazine für Kleider etc.

FE — Haus für 50 weibliche Epileptische nach dem Bauprogramm. Der Pavillon wird aber bis zur Erstellung der als Wachstationen vorgesehenen Häuser der Frauenseite vorerst in seinen Haupträumen als Aufnahme- und Wachstation betrieben, wofür er sich sehr gut eignet.

Das Haus besteht aus drei getrennten Abteilungen.

Im Erdgeschoß eine Wachstation für Unruhigere mit zwei Sälen zu neun und drei Betten, einem Einzelzimmer, zwei Isolierzimmern und einem Dauerbad zu drei Wannen, einem kleinen Tagsaal, sowie einem anstoßenden Schlafsaal für zehn Betten nebst Waschraum und Tagsaal; dazu die nötigen Nebenräume.

In derselben Gliederung befindet sich im Obergeschoß eine Wachabteilung für ruhigere Überwachungsbedürftige.

Getrennt von diesen Stationen besteht im Erdgeschoß eine besondere Abteilung für Kranke der besseren Stände — drei Einzelwohnzimmer für Kranke I. Klasse, ein Schlafzimmer für drei Kranke II. Klasse, ein Tagraum und die zugehörigen Nebenräume. Im Dachgeschoß des Hauses sind die Personalräume und die Kleidermagazine untergebracht.

Über die innere Einrichtung unserer Krankenhäuser seien noch einige Details erwähnt.

Im allgemeinen wurde dem Prinzip der Zweckmäßigkeit, aber auch der größten Einfachheit gehuldigt, schon um, wenn irgend möglich, den bedeutend reduzierten Kostenanschlag einhalten zu können.

Die Fenster der Anstalt stellen insofern eine Besonderheit dar, als hier die untern Flügel nur so

hoch angenommen sind, daß ein erwachsener Mann beim Öffnen noch ungehindert hinaussehen kann, womit sie ihren eigentlichen Zweck ja erfüllen. Die ganze Höhe der Fenster über dem niedrig gesetzten Kämpfer bis zur Decke ist dagegen als zwei seitliche große Lüftungsflügel, um die senkrechte Achse drehbar, mit einfacher Handhabung durch die bloße Hand, ausgebildet worden. Die Lüftung ist hierdurch eine ausgezeichnete und ausgiebige in allen unsern Räumen geworden, so daß auf jede andere, künstliche und teuere Ventilationseinrichtung vollständig verzichtet werden kann.

Auch die Isolierzimmerfenster haben eine eigene Konstruktion nach unsern Angaben erhalten, die ebenfalls eine ausreichende Lüftung, bedienbar aus Nebenräumen, vom Treppenhaus her etc., erlauben; der Lüftungsflügel kann in ganzer Fensterbreite außerhalb des Fensterrahmens, dessen obere zwei Sprossenreihen unverglast bleiben, senkrecht auf und ab bewegt werden.

Das Schlüsselsystem der Anstalt ist nach dem Vorbild der Münchner Irrenklinik einheitlich nach einem bestimmten Schema geordnet worden. Außerdem ist nur noch ein Dornschlüssel nötig zur Bedienung sowohl der elektrischen Beleuchtung wie der Kalt- und Warmwasserleitungen, der Heizung, der Alarmklingeln und der Fensterverschlüsse.

Als Fußbodenbelag wurden für die Tagsäle, Flurräume und Treppenpodeste die mit Kolophonium durchtränkten Buchenriemen oder Buchenparket genommen (nach Amendt-Oppenheim); in den Wach- und Bettbehandlungssälen Linoleum, in den Schlafsälen bald tannene Riemen, bald Linoleum; in den Bädern, Spülküchen, Waschräumen teils Plättchen, teils Terrazzo.

Die Badewannen sind aus Gußeisen mit Doppelemail, ebenso die Waschbecken; sie sehen sehr gut aus und haben sich im Betriebe bewährt.

Die Dauerbäder haben Mischvorrichtungen für jede einzelne Wanne nach Schaffstädt, resp. nach Butzke; die letztere funktioniert zuverlässiger.

Die Abortspülung wurde bei den ersten vier Krankenhäusern mittels Hahns oder Steckschlüssels direkt von der Leitung angeordnet. Dies erwies sich im Betriebe als wenig zweckmäßig, da der Kranke nicht selbst die Spülung zu bedienen vermag, das Personal aber, besonders nachts, nicht immer bereit sein konnte; bei der Spülung selbst aber stellte sich diese Art als Wasservergeudung dar. In den neuen Häusern wurde daher vorzugsweise die Spülvorrichtung, wie sie in der Heidelberger Klinik besteht, angewandt. Dabei kann der Kranke selbst leicht mittels Fingerzugs an einer einfachen Vorrichtung, die im übrigen in der Hauptsache in der Wand verdeckt liegt, die Spülung auslösen.

Die Heizkörper stehen meist an den Innenwänden; zum Teil sind sie unverkleidet, zum Teil mit durchstanzten Blechmänteln oder Holzkästen mit durchbrochenen Blecheinsätzen versehen.

Für Isolierzimmerbeleuchtung wurde die sogen. Coupébeleuchtung mit Dunkelschaltung genommen.

Die Treppen wurden in Eisenbetonkonstruktion mit Eichenbohlen- oder Xylolithbelag ausgeführt; in einem Haus wurde ein Versuch mit der Pfrommerschen Eisentreppe mit Eichenbelag gemacht. Die Treppenhäuser sind vielfach zur Sicherung neben der Handleiste mit einem überhöhten Geländer oder mit einem bis zur Decke durchgehenden Abschluß aus Holzstabkonstruktion versehen.

Das Mobiliar der Krankenhäuser wurde sehr einfach, aber gefällig gehalten in Tannen-, Pitchpine- und Buchenholz. Durch Holzkonstruktionen (als Blumengestelle, erhöhte Aufsätze für Hängepflanzen, zur Trennung zweier Tagsäle) wurde eine ansprechende Abwechslung und Ausschmückung zugleich geschaffen.

In der Bauperiode 1906/07 waren folgende Bauten, mitunter unter teilweiser Abänderung des speziellen Bauprogramms, mit dem Frühjahr 1906 in Angriff genommen worden.

1. Die Krankenhäuser:

MH 1 — ein Lazaretthaus für 50 Männer in zwei Geschossen, mit großen Sälen zur Bettbehandlung von geeigneten Kranken (Alterskranken, Arteriosklerotischen, Paralytikern, Katatonikern etc.); außerdem sind dem Hause angeschlossen eine Abteilung für schwerere körperlich Kranke und eine besondere Abteilung für Tuberkulöse.

MU 3 — ein geschlossenes Haus für 40 unruhige Männer, kombiniert aus einer im Erdgeschoß gelegenen Bettbehandlungsabteilung und einer anliegenden gesicherten Abteilung (Tagsäle im Erdgeschoß, Schlafsäle im Obergeschoß).

FAR — Aufnahmehaus für ruhigere Kranke (40 Frauen) mit einer ausgebildeten Wachabteilung im Erdgeschoß, kombiniert mit einer Abteilung für weniger überwachungsbedürftige Kranke (Tagsäle im Erdgeschoß, Schlafsäle im Obergeschoß).

FU 1 — Haus für 40 unruhige Frauen, bestehend aus einer einstöckigen ausgebildeten Wachabteilung mit Dauerbad, kombiniert mit einer ge-

sicherten Abteilung (Tagsäle im Erdgeschoß, Schlafräume im Obergeschoß).

Außerdem wurde begonnen der weitere Ausbau des Verwaltungsgebäudes, von dem bisher nur das erste Drittel bestand. Im Untergeschoß befinden sich wissenschaftliche Laboratorien, ein Kasino für Ärzte, eines für Verwaltungsbeamte; im Erdgeschoß die ärztlichen Diensträume, Untersuchungszimmer, die Dienstzimmer für Verwalter, Buchhalter, Registratur und Schreibgehilfen, schließlich die Apotheke mit Nebenräumen; im Obergeschoß und zwar im Mittelbau (Dachgeschoß), der provisorische Betsaal mit Nebenräumen; im westlichen Eckbau Wohnräume, Musikzimmer etc.

Ferner das Sektionshaus mit Leichenraum, Sektionsraum, kleinem Laboratorium und Aufbahrungsraum.

Sodann wurde ein größerer Teil der Ökonomieanlage der Anstalt in Angriff genommen und zwar auf der Nordseite des künftigen Gutshofes das Wohnhaus des Ökonomen; daran anstoßend der Wagenschuppen mit dem Getreideboden etc. Auf der Südseite des Hofes an der Ecke: Wohn- und Schlafräume der Knechte; daran anstoßend im Untergeschoß die großen Schweineställe, im Erdgeschoß ein großer Kuhstall, der aber vorerst auch für Kälber, Ochsen und Pferde mitbenutzt werden soll, da der Ausbau der Ökonomie auf später verschoben werden muß.

An Beamtenwohnungen wurden schließlich zu erstellen begonnen:

Das erste Ärztewohnhaus als Doppelhaus für den Direktor und einen Arzt.

Ein Dreifamilienwohnhaus für das Oberpersonal (Maschinist und Oberwärter); jede Wohnung stellt ein Häuschen für sich dar — Wohnräume im Erd-, Schlafräume im Obergeschoß — und schließlich — ein Vierfamilienwohnhaus für Wärter- und Werkmeisterfamilien etc. (je zwei getrennte Familienwohnungen auf jedem Stockwerk).

Die beiden letzteren Wohnhäuser wurden in der Gegend der westlichen Zufahrt zur Anstalt errichtet, und zwar das Vierfamilienwohnhaus am Eingang selbst; es wurde mit dem Eingangstor und einer Wartehalle verbunden. Auf ein eigentliches Torwarthaus an diesem Platze wurde verzichtet.

Alle diese Neubauten wurden im Jahre 1906 im Rohbau so ziemlich fertiggestellt und unter Dach gebracht.

Die beiden Beamtenwohnhäuser für drei und vier Familien sind dagegen auch im Innern vollständig ausgebaut worden; sie konnten noch gegen Ende des Jahres von unsern Beamtenfamilien bezogen werden.

Für die nächste Budget-, d. h. die dritte Bauperiode 1908/09 sind wiederum sechs neue Krankenhäuser, je drei auf jeder Geschlechtsseite, mit zusammen etwa 300 neuen Plätzen in Aussicht genommen; außerdem der Bau der definitiven Waschküche, der Ausbau des Werkstättengebäudes und des Kesselhauses, das zweite Ärztewohnhaus und ein weiteres Beamtenwohnhaus für vier Familien. Mit der Ausarbeitung der Projekte ist bereits begonnen worden.

Wie man sieht, wird mit Energie an dem Weiterbau der Anstalt gearbeitet.

Wir hoffen, daß bei gleichem Tempo der Ausbau unserer Anstalt etwa bis zum Jahre 1911 in der Hauptsache fertiggestellt sein wird.

Die Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch wurde nun in den bis dahin fertigen Teilen — Ostflügel des Verwaltungsgebäudes, Kochküche mit der provisorischen Waschküche, Kesselhaus, Pumpwerk mit Hochbehälter und vier Krankenhäuser mit zusammen etwa 200 Plätzen — am 20. Oktober 1905 dem Betriebe übergeben, eröffnet und von Kranken bezogen — 3 1/4 Jahre nach der Bewilligung der Mittel durch die Landstände, 2 1/2 Jahr nach Beginn der Vorarbeiten (Straßenanlage etc.), 1 1/2 Jahre nach Beginn der Hochbauarbeiten.

Es fanden zunächst nur Kranke aus der Anstalt bei Emmendingen in größeren Transporten Aufnahme, sodann auch aus den übrigen Heil- und Pflegeanstalten und den Irrenkliniken, insbesondere aus Illenau und Heidelberg.

Die Anstalt bei Wiesloch ist in der Hauptsache als Übernahmeanstalt für die Klinik in Heidelberg und für Illenau gedacht; doch werden ihr später mit der Neuregelung der Statuten auch Aufnahmen aus dem offenen Lande zufallen.

Vom 20. Oktober bis Ende 1905 waren 166 Aufnahmen vollzogen, der Bestand auf 160 Kranke angewachsen.

Im Jahre 1906 hob sich der Krankenstand schon vor der Eröffnung der Neubauten MU 1 und FE auf 268; es war also innerhalb Jahresfrist gegenüber der normalen Belegziffer von 200 Betten eine Überbelegung um 68 Kranke, d. h. um ein Drittel, eingetreten.

Mit den im Oktober 1906 eröffneten Neubauten stieg die Belegziffer auf 300 Betten. Aber schon

Ende des Jahres 1906 war der Krankenstand bereits auf 313, Ende Februar 1907 auf 339, also 39 über die obige Belegzahl, angewachsen. Und so wird es in diesem Jahre bis zur Eröffnung weiterer Neubauten fortgehen und so auch die folgenden Jahre.

Vom Tage der Eröffnung (20. Oktober 1905) bis 31. Dezember 1906 hat die Anstalt 378, im Jahre 1906 allein 212 Aufnahmen vollzogen.

Mit diesen Zahlenangaben erledigt sich die Frage, warum man denn eine neue Institution in einem ganz und gar unfertigen Zustande, ohne wichtige zentrale und wirtschaftliche Gebäude, bei einer so geringen Belegziffer und trotz der klar vorhergesehenen großen Schwierigkeiten im Betriebe, doch so rasch wie möglich eröffnet hat, von selbst.

Wie die rasche Belegung und sogar Überfüllung der hier vorhandenen eben eröffneten Häuser, während dagegen die übrigen durchweg überfüllten Landesanstalten gar keine merkliche Abnahme des Krankenstands aufweisen, offenkundig dartut, war im Lande noch ein solch starkes, zurückgehaltenes Bedürfnis nach Anstaltsplätzen vorhanden, daß jeder offene Platz sofort eingenommen wird.

Ein Blick auf die Zunahme der Anstaltspfleglinge in sämtlichen badischen Heil- und Pflegeanstalten ergibt denn auch eine beständig und ganz unverhältnismäßig ansteigende Tendenz.

Während im Jahrzehnt 1870—79 die Anzahl der Anstaltspfleglinge nur um 165 zunahm, stieg sie schon im Jahrzehnt 1880—89 um 440, im Jahrzehnt 1890—99 aber um 826, und in den fünf Jahren 1900—05 allein um 785, in den sechs Jahren 1900 bis 1906 um 939. Also nunmehr in fünf Jahren beinahe um soviel als vorher in zehn Jahren und um doppelt soviel als im Jahrzehnt 1880—1889, um fünfmal soviel als im Jahrzehnt 1870—79.

Die Zahl der Anstaltsplätze im ganzen ist seit 1870 in Baden um 2370 vermehrt worden, d. h. um beiläufig das 3½fache; seit 1890 allein um das Doppelte.

Der jährliche Zuwachs an Anstaltspfleglingen in den letzten sechs Jahren beträgt 157, steht also in gar keinem Verhältnis zum Bevölkerungszuwachs, der für sich allein nur eine Zunahme um etwa 60 pro Jahr bedingen würde.

In der „Denkschrift über den Stand der Irrenfürsorge in Baden“ habe ich in dem von mir behandelten statistischen Teil aus verschiedenerlei Berechnungen und Überlegungen den Schluß gezogen, daß als Mindestmaß für den jährlichen Zuwachs von Anstaltspfleglingen, resp. Anstaltsplätzen die Zahl 80 gelten müsse; wir sehen sie hier in Wirklichkeit um das Doppelte überholt.

In der Ergänzung zu jener Arbeit, die in dieser Zeitschrift (Jahrgang 1902, Nr. 8, 9 und 10) erschienen ist, wurde aber bereits gesagt, daß auch nur bei einer Annahme von zwei Anstaltsplätzen auf 1000 Einwohner für die Zeit von 1900 bis 1905 eine Bereitstellung von jährlich 158 Plätzen nötig sein würde, also genau die in Wirklichkeit erreichte Zahl des Anwachsens des Krankenstands.

Ich bin aber, wie auch jüngst Vocke, der Ansicht, daß wir mit einer gewissen Sättigung in dem Bedarf an Plätzen in Irrenanstalten erst zu rechnen haben werden, wenn der Prozentsatz von 3 Anstaltsplätzen auf 1000 Einwohner erreicht ist.

Ein annähernder Überschlag nach diesem Prozentsatz würde, wenn wir zugleich die Auflassung der alten Pforzheimer Anstalt und die Beseitigung der starken Überfüllung aller vorhandenen Anstalten in Baden ins Auge fassen, eine Mehrforderung von etwa 4000 Anstaltsplätzen gegen den jetzigen Bestand bedeuten oder, wenn wir weiterhin mit einem jährlichen Mehrbedarf von 160 Anstaltsplätzen rechnen, eine jährliche Bereitstellung dieser Plätzezahl auf 25 Jahre hinaus erfordern.

Erst darnach würde für die Folgezeit eine Beschaffung von Anstaltsplätzen nur nach Maßgabe der Bevölkerungszunahme, d. h. von etwa 60 Plätzen pro Jahr nötig sein.

Bis zu diesem Ziele hat es gute Weile.

Wir werden in Baden Wiesloch so rasch wie möglich auszubauen haben, um nur einigermaßen den jährlichen Mehrbedarf an Anstaltsplätzen befriedigen zu können.

Unterdessen wird fleißig an dem Projekt für die neue Heil- und Pflegeanstalt im Seekreis bei Konstanz, gleichfalls für ca. 1000 Kranke, gearbeitet. Auch diese Anstalt soll im Verlauf der nächsten Jahre zur Ausführung kommen.

Selbst aber nach der Vollendung dieser beiden neuen Anstalten wird, worauf schon obige Zahlen hinweisen, die Irrenfürsorge nicht Halt machen können, sondern unverweilt an neue Projekte herangehen müssen; die Forderungen der Zeit werden gebieterisch dazu drängen.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VI.

Aus der Literatur des Jahres 1906 zusammengestellt

von Professor Dr. *Ernst Schultze.*

(Fortsetzung.)

§ 79.

Durch den Sachverständigeneid werden auch die tatsächlichen Bekundungen des Sachverständigen gedeckt, insoweit es sich um Wahrnehmungen handelt, die er aus Veranlassung der vorzunehmenden sachverständigen Untersuchung und im Zusammenhang mit derselben gemacht hat. (R. G. II. 1. Juni 1906.)
D. R. pag. 814. Entsch. Nr. 2048.

§ 85.

Legt ein Sachverständiger dem von ihm erstatteten Gutachten Wahrnehmungen zu Grunde, die er als sachverständiger Zeuge gemacht und die er bei der von ihm vorzunehmenden Untersuchung zu beachten hatte, so bedarf es der Leistung des Zeugeneides neben dem Sachverständigeneide nicht. (R. G. I. S. S. 18. Sept. 1905.)
Zeitschr. f. Med. Beamte, Beilage Nr. 2, pag. 9.

§ 85.

Die Entscheidung der Frage, ob der Beschwerdeführer für die Wahrnehmung des Termins am 13. Juli Anspruch auf Entschädigung als Sachverständiger oder nur als Zeuge habe, hängt nicht davon ab, ob er als Sachverständiger oder als Zeuge geladen oder beeidigt worden ist, sondern hängt lediglich davon ab, ob er ein sachverständiges Gutachten abgegeben hat oder nicht. Dieses muß bejaht werden: denn der Beschwerdeführer hat in dem Termine die an ihn gestellten Fragen beantwortet, ob der Angeklagte krank gewesen sei, woran er gelitten habe und ob er imstande gewesen sei, trotz seiner Krankheit eine gewisse Wegestrecke zurückzulegen, und die Beantwortung der letzteren Frage erforderte eine sachverständige Schlußfolgerung aus den von dem Beschwerdeführer wahrgenommenen Tatsachen, d. h. ein sachverständiges Gutachten. (O. L. G. Breslau. 7. Okt. 1905.)

§§ 222. 250.

Nach § 222 Abs. 2 und § 250 Abs. 2 St. P. O. ist die kommissarische Vernehmung eines Zeugen oder Sachverständigen, sowie die Verlesung des über dieselbe aufgenommenen Protokolls dann zulässig, wenn sein Erscheinen in der Hauptverhandlung wegen großer Entfernung besonders erschwert ist. Entscheidend ist hierfür die Entfernung seines Aufenthaltsortes, d. h. des Ortes, an welchem er einen dauernden Aufenthalt, wenn auch nur für gewisse Zeit, genommen hat. Der Umstand, daß er ohne Aufgabe seines Aufenthaltsortes sich von demselben entfernt hat und am Tage der Hauptverhandlung sich zufällig und ganz vorübergehend an einem andern, dem Sitze des Gerichts näher gelegenen oder mit diesem zusammenfallenden Orte anwesend ist, muß ohne Einfluß bleiben, mindestens dann, wenn dies dem Gerichte nicht bekannt war. (R. G. IV. 2. Okt. 1906.) J. W. pag. 792.

§ 266, Abs. 3.

Es verletzt kein Gesetz, wenn das Gericht bei der Strafzumessung zu Ungunsten des Angeklagten dessen „freches Leugnen" in Betracht gezogen hat. Als Strafzumessungsgründe verwertbar sind alle objektiven wie subjektiven Besonderheiten des Falles, unter letztern vornehmlich die persönlichen Eigenschaften des Täters, wie sein Verhalten vor und nach der Tat, auch innerhalb des Strafverfahrens. Daß der Angeklagte nicht verpflichtet ist, sich auf die Beschuldigung zu erklären oder die Tat einzugestehen, bildet für das Gericht kein Hindernis, auf die Art, wie er sich erklärt hat, Gewicht zu legen und aus ihr Schlüsse für seine Sinnesart und andere für das Strafmaß wesentliche Umstände abzuleiten. (R. G. V. 22. Juni 1906.) D. R. pag. 947. Nr. 2320.

III. Bürgerliches Gesetzbuch.

§ 6.

Die Entmündigung kann nicht gleichzeitig wegen Geisteskrankheit und wegen Verschwendung oder Trunksucht beantragt werden. (O. L. G. Rostock. 31. Januar 1905.)
D. R. pag. 177. Entsch. Nr. 271.

§ 6.

Geistesschwäche setzt die Unfähigkeit des davon Betroffenen zur Besorgung seiner Angelegenheiten in ihrer Gesamtheit voraus; es genügt nicht, daß der Betreffende nur verhindert ist, einzelne seiner Angelegenheiten oder diesen oder jenen Kreis derselben zu besorgen. (O. L. G. Dresden. 18. April 1905.)
D. R. pag. 853. Entsch. Nr. 2055.

§ 6, Nr. 2.

Sowohl der Entmündigungsbeschluß als die Urteile der Vorinstanzen begnügen sich damit, festzustellen, daß Kläger gewisse unverhältnismäßig hohe und unnütze Ausgaben gemacht und damit sowohl sich als seine Familie der Gefahr des Notstandes ausgesetzt habe. Allein von Verschwendung im Sinne des Gesetzes wie des gewöhnlichen Sprachgebrauchs kann nur dann gesprochen werden, wenn jene übermäßigen, objektiv unwirtschaftlichen Aufwendungen in ursächlichem Zusammenhange stehen mit persönlichen Eigenschaften, die einen Hang zu unvernünftigen, zweck- und nutzlosen Ausgaben erkennen lassen. (R. G. IV. 19. Februar 1906.) J. W. pag. 188.

§§ 6. 104. 1910.

Nach der Annahme des L. G. ist der Beschwerdeführer in dem Maße geistig gebrechlich, daß seine freie Willensbestimmung im Sinne des § 104, Nr. 2 B. G. B. dauernd ausgeschlossen ist. Sowohl das Königliche K. G. zu Berlin wie das Königlich Bayr. O. L. G. zu München gehen davon aus, daß auch dem nach Maßgabe des § 104 Nr. 2 Geschäftsunfähigen auf Grund des § 1910 Abs. 2 B. G. B. ein Pfleger bestellt werden kann. Dieser Ausgangspunkt ist zutreffend. Auch der Entscheidung des R. G. vom 6. Oktober 1902 (R. G. 52, 240ff.) liegt die Auffassung zu Grunde, daß allgemein für geistig Gebrechliche, gleichviel wie im Einzelfalle die geistige Gebrechlichkeit geartet ist, die Bestellung eines Pflegers nach § 1910 Abs. 2 zulässig ist, möchte auch in dieser Entscheidung gemäß der damaligen Lage des Falles die Zulässigkeit der Pflegschaft unmittelbar nur im Anschluß an § 6 Nr. 1 B. G. B. erörtert sein. Hält man hiernach an sich für zulässig, dem Geistesgestörten, dessen Willensfreiheit dauernd ausgeschlossen ist, einen Pfleger an die Seite zu stellen, so steht weiter in Frage, ob auch in solchem Falle gemäß § 1910 Abs. 3 die Zulässigkeit der Pflegschaft davon abhängig ist, daß der im Sinne des § 104 Nr. 2 Geistesgestörte seine Einwilligung zur Bestellung des Pflegers erteilt. Dies muß verneint werden. Ist die geistige Gebrechlichkeit so beschaffen, daß der Gebrechliche im Sinne des § 104 Nr. 2 überhaupt keinen freien Willen hat, so ist davon auszugehen, daß eine Verständigung mit ihm über seine Einwilligung in die Bestellung eines Pflegers gänzlich ausgeschlossen ist. Demnach bedarf es in einem solchen Falle überhaupt nicht seiner Einwilligung. Dennoch war die angefochtene Entscheidung aufzuheben. Denn die grundlegende Annahme des L. G., daß B. in dem Maße des § 104 Nr. 2 geistesgestört ist, entbehrt der ausreichenden Begründung, und es ist nicht ersichtlich, daß bei dieser Annahme von einer rechtlich zutreffenden Auslegung des § 104 Nr. 2 ausgegangen ist. Der Sachverständige Medizinalrat Dr. H. erklärt den B. anläßlich eines gegen denselben schwebenden Privatklageverfahrens für einen Prozeßkrämer, der an Querulantenwahn leide, und erachtet dafür, daß ihm für das gegen ihn eingeleitete Strafverfahren der Schutz des § 51 B. G. B. zugebilligt werden müsse. Ist hiernach zunächst nicht unzweifelhaft, ob dem Gutachten über das Privatklagedelikt hinaus allgemeine Bedeutung zukommen soll, so lehrt vor allem die Erfahrung, daß Querulanten nicht schlechthin so geistesgestört sind, daß ihnen die freie Willensbestimmung überhaupt fehlt. (R. G. IV. 10 Mai 1906.) J. W. pag. 377.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Deutscher Verein für Psychiatrie.** Einladung zur Jahresversammlung in Frankfurt a. M. und Gießen. 26. bis 28. April 1907.

Programm:

I. Eröffnung und Begrüßung der Versammlung. Geschäftliche Mitteilungen. Bericht über die Fortbildungskurse. Wahl von zwei Vorstandsmitgliedern; die Herren Hitzig und Moeli scheiden statutenmäßig aus. Kassenbericht und Feststellung des Beitrages für 1907. Bericht über die Heinrich-Laehr-Stiftung.

II. Referate. 1. Die Gruppierung der Epilepsie. Ref.: Alzheimer-München und Vogt-Langenhagen. 2. Der ärztliche Nachwuchs für psychiatrische Anstalten. Ref.: Siemens-Lauenburg i. P. 3. Die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung. Ref.: Kluge-Potsdam. Eingeleitet durch einen kurzen Bericht über die Tätigkeit der Kommission für Idiotenforschung und Idiotenfürsorge (Tuczek-Marburg).

III. Vorträge sind angemeldet von den Herren: 1. Hübner-Bonn: Über Geistesstörungen im Greisenalter. 2. Sioli-Frankfurt a. M.: Die Beobachtungsabteilung für Jugendliche bei der städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. M. 3. Geelvink-Frankfurt a. M.: Die Grundlagen der Trunksucht. 4. Knapp-Halle: Körperliche Erscheinungen bei funktionellen Psychosen. 5. E. Meyer-Königsberg: Untersuchungen des Nervensystems Syphilitischer. 6. H. Liepmann-Berlin: Beiträge zur Aphasie- und Apraxie-Lehre. 7. Sommer-Gießen: Psychiatrie und Familienforschung. 8. P. Nitsche-München: Über chronische Manie. 9. Karl Weiler-München: Untersuchungen mit dem Arbeitsschreiber bei Unfallkranken. 10. Merzbacher-Tübingen: Untersuchungen über die Bedeutung der

„Körnchenzellen" im Zentralnervensystem (mit Demonstrationen). 11. O. Rehm-München: Verlaufsformen des manisch-depressiven Irreseins. 12. Friedländer-Hohe Mark: Bemerkungen zur sozialen Stellung der Psychiatrie. 13. Bumke-Freiburg i. Br.: Über Pupillenstörungen bei Dementia praecox und bei progressiver Paralyse. 14. W. Spielmeyer-Freiburg i. Br.: Schlafkrankheit und progressive Paralyse. 15. Otto Wolff-Katzenelnbogen: Psychiatrisches aus Syrien. 16. K. Abraham-Zürich: Über die Bedeutung sexueller Jugendtraumen für die Symptomatologie der Dementia praecox. 17. M. Isserlin-München: Psychologische Untersuchungen an Manisch-Depressiven. 18. Moses-Mannheim: Idiotenfürsorge und Fürsorgeerziehung. 19. Wilmanns-Heidelberg: Zur Differentialdiagnose der „funktionellen" Psychosen. 20. Fr. Hartmann-Graz: 21. M. Kauffmann-Halle: Neue Befunde bei Epilepsie. 22. Derselbe: Der Gasstoffwechsel bei Epilepsie. 23. Kleist-Halle: Über die Motilitätspsychosen Wernickes. 24. Hoppe-Uchtspringe: Die Bedeutung der Stoffwechselstörungen für Geistes- und Nervenkranke. 25. Haberkant-Stephansfeld: Zur Frage der Stoffwechselstörung bei der Dementia praecox. 26. Dannemann-Gießen: Die Simulation von Geistesstörungen. 27. Westphal-Bonn: Klinische Demonstration zur Asymbolie- und Apraxie-Frage. 28. E. Hess-Görlitz: Ein Fall von krankhafter Schlaftrunkenheit. 29. W. Fuchs-Emmendingen: Zur Persönlichkeitsanalyse. — Die Reihenfolge der Referate und Vorträge wird am Vorabend der Sitzung vom Vorstande festgestellt.

Donnerstag, den 25. April: Gesellige Zusammenkunft von 8 Uhr Abends an im oberen Saal der Alemannia, Schillerplatz.

Freitag, den 26. April: 9—12 Uhr 1. Sitzung im Hörsaal des Neuen Senckenbergischen Stiftungsgebäudes, Viktoriaallee an Trambahnlinie Bockenheimer Warte. 12—1 Uhr: Frühstück im anstoßenden Saal (es wird kaltes Buffet aufgestellt zu mäßigen Preisen). 1—$4^1/_2$ Uhr: 2. Sitzung. 5 Uhr: Festmahl im Hotel „Englischer Hof" am Bahnhof. Festsaal parterre. Gedeck 5,40 Mk. (Es wird gebeten, Anmeldungen zum Essen tunlichst vorher an Dr. Sioli, Städt. Irrenanstalt, gelangen zu lassen.)

Sonnabend, den 27. April: 3. Sitzung Vormittags 9 Uhr. Gemeinschaftliches Essen im Kaiserhof am Goetheplatz. Herr Hofrat Dr. Friedländer ladet für Sonnabend Nachmittag zur Besichtigung der Heilanstalt „Hohe Mark" bei Oberursel ein. Abfahrt Frankfurt 4^{38}, Ankunft Oberursel 5^{87}: Abfahrt Oberursel 7^{40}, Ankunft Frankfurt a. M. 8^{81}. Die neuen Bäder der städtischen Irrenanstalt können jederzeit besichtigt werden.

Das Senckenbergische Neurologische Institut wird während der Versammlung seine neuen Hirnmodelle, Zeichnenapparate, Makrotom usw. ausstellen.

Sonntag, den 28. April: Ausflug nach Gießen. Abfahrt des Schnellzuges von Frankfurt 8^{50}, Ankunft in Gießen 10^{06}. $10^1/_2$ Uhr Sitzung in der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, Frankfurterstrasse 99. 1. Sommer: Über die Beziehung von nervösen Störungen und morphologischen Abnormitäten, speziell Asymmetrien. 2. Berliner: Hirnanatomische Demonstrationen. 3. Becker: Untersuchung über Simulation bei Unfallnervenkrankheiten. 4. Hackländer: Demonstration von neuen Apparaten zur Exposition optischer Reize. 5. Knauer: Entstehung von Potentialdifferenzen an der menschlichen Haut.

1 Uhr gemeinsames Essen im Hotel Großherzog von Hessen. 3 Uhr Besichtigung der im Bau befindlichen Irrenanstalt bei Gießen. Abfahrt mit Schnellzug Richtung Kassel 5^{48}, Frankfurt 5^{55}.

Der Lokalausschuß wird gebildet von den Herren Dir. Dr. Sioli, Irrenanstalt, und Dr. Laquer, Jahnstraße in Frankfurt a. M. und den Herren Prof. Dr. Sommer und Priv.-Doz. Oberarzt Dr. Dannemann in Gießen.

Hotels in Frankfurt: Englischer Hof, Russischer Hof, Continental, Deutscher Kaiserhof am Bahnhof; Frankfurter Hof, Westminster Hotel, Pariser Hof in der Stadt.

Die Teilnehmer an der Fahrt nach Gießen und am Essen daselbst werden gebeten, ihre Absicht auf beiliegender Karte der Gießner Klinik mitzuteilen.

Der Vorstand.

gez. Hitzig. Kraepelin. Kreuser. Laehr. Moeli. Pelman. Siemens.

— **Schleswig.** Beschlüsse des diesjährigen schleswig-holsteinischen Provinziallandtages:

Der bisherige vierte Arzt Dr. Hinrichs ist zum Oberarzt ernannt, eine fünfte Arztstelle mit 3000 bis 5000 M. Gehalt, Dienstwohnung und Garten pp. ist bewilligt; Anstellung auf Lebenszeit mit Pensionsberechtigung; dafür ruht einstweilen die dritte Hilfsarztstelle.

Gehaltserhöhungen sind bewilligt für:

a) Kassierer	bisher	2000—3000	M.
	jetzt	2100—3300	„
b) Oberinnen u. Haushälterin	bisher	600— 800	„
	jetzt	600—1000	„
c) Beschließerin und Oberwäscherin	bisher	500— 700	„
	jetzt	500— 900	„
d) Gehilfinnen der unter b und c genannten	bisher	350— 500	„
	jetzt	400— 600	„
e) Tischler, Maurer, Wäschewärter, Schuhmacher, Schneider, Sattler, Schlachter und Maler	Gehalt von	800—1000	„
	auf	900—1200	„

und Mietsentschädigung von 180 auf 300 M. erhöht.

Pensionswert der Nebenbezüge für Oberaufseher-Gehilfen von 350 auf 550 M., für die unter b und c bezeichneten Personen von 400 M. auf 600 M., für die unter d bezeichneten Personen von 350 M. auf 550 M. erhöht.

Für eine neue Zentraldampfanlage ist ein Maschinenmeister mit 1500 M. bis 2400 M. Gehalt und Dienstwohnung im Pensionswert von 300 M. eingestellt.

Für ein neues Frauenhaus sind eine Oberin, drei Stationswärterinnen und neun Wärterinnen bewilligt.

Die Stellen der Stationswärterinnen und Wärterinnen I. Klasse werden zu einer Gehaltsklasse vereinigt mit 360 M. bis 480 M. Gehalt; die Stationswärterinnen beziehen neben dem Gehalt eine pensionsfähige Zulage von jährlich 24 M.

Das nicht beamtete Wartpersonal wird zu je einer Gehaltsklasse vereinigt und der Lohn für männliches Wartpersonal II. Klasse auf durchschnittlich 400 M., für weibliches Wartpersonal II. Klasse auf durchschnittlich 300 M. pro Kopf und Jahr festgesetzt.

— **Münster**. Der diesjährige Westfälische Provinziallandtag hat die Erweiterung der Provinzialheilanstalt zu Warstein von 860 auf 1400 Plätze beschlossen.

— **Esslingen.** Die im Besitze des Herrn Hofrats Dr. P. Landerer befindliche Heilanstalt Kennenburg ist an Dr. Reinhold Krauß, den langjährigen Assistenten von Hofrat Landerer, übergegangen. Die Uebernahme erfolgt am 1. Juli.

— **Baden.** Der „Straßb. Post" vom 14. März 07 entnehmen wir folgende Erklärung einiger badischer Anstaltsärzte:

Emmendingen, 13. März. Die nichtetatsmäßigen Aerzte der großherzoglichen Heil- und Pflegeanstalt bei Emmendingen ersuchen ergebenst um Aufnahme folgender Erwiderung in Ihrer Zeitung: „Gegen unsern Wunsch und Willen ist unsere Kündigung und deren angebliche Gründe vor die Oeffentlichkeit gebracht. Die Darstellung entspricht nicht den Tatsachen, wir sind deshalb zu folgender Richtigstellung gezwungen. In unserer Eingabe an das großherzogliche Ministerium des Innern handelte es sich nicht um Erhöhung unserer Bezüge. Einem Antrag auf die Verteilung der Gehälter zweier in der Anstalt unbesetzter Hilfsarztstellen als Gegenleistung für die hierdurch bedingte Mehrarbeit wurde vom großherzoglichen Ministerium des Innern ohne weiteres stattgegeben. Es handelte sich im Gegenteil um die prinzipielle Aenderung im Modus, der für die etatsmäßige Anstellung ärztlicher Kräfte an den Irrenanstalten maßgebend sein sollte. Des weiteren haben wir auf die veraltete Teilung in Heilanstalten und Pflegeanstalten hingewiesen. Diese unsere Anschauungen werden von den meisten Psychiatern geteilt und sind im größeren Teile Deutschlands bereits durch die Praxis erprobt. Diesen in unserer Eingabe niedergelegten fortschrittlichen Tendenzen kam der großherzogliche Minister des Innern in seiner Antwort an uns nicht entgegen. Deshalb allein erfolgte die Kündigung. Wir bemerken zum Schluß, daß von den vier damit aus badischen Diensten ausscheidenden Aerzten drei Badener von Geburt sind."

— Zu der rätselhaften „Criminalanthropological Review" schreibt Herr Verlagsbuchhändler Arthur Meiner (Firma Ambrosius Barth) in Leipzig an den Unterzeichneten:

„Die Londoner Zeitschrift lernte ich durch eine Anfrage der Scientific London Press kennen, welche zwei Zeitschriften gleichzeitig neu herausbringen wollte: ein „Journal of Atomistic" und die „Criminalanthropological Review". Ich wurde aufgefordert, Beilagen in Tausch in meinen Zeitschriften zu veröffentlichen und erhielt tatsächlich auch im Herbst v. J. von einer Druckerei in der Lausitz diese Beilagen geschickt. Nach einiger Zeit erkundigte sich diese Druckerei aber bei mir nach dem Auftraggeber, der in London nicht mehr zu finden wäre, und auch meine Erkundigungen bei seinem hiesigen Kommissionär und durch ein Auskunftsbureau sind ergebnislos verlaufen. Die Druckerei teilte mir aber mit, daß für die Zeitschriften schon einige Aufsätze im Satz wären, darunter auch die von Ihnen auf dem Turiner Kongreß für Kriminalanthropologie vorgetragenen Thesen in englischer Sprache. Nach meinem Prospekt heißt der „Chef-Redakteur" übrigens „M. Steinberg" und nicht Sternberg."

Sommer-Gießen.

— **Möbiusstiftung.** Der Aufruf zur Zeichnung von Beiträgen für eine Möbiusstiftung (siehe Nr. 52, Jahrgang VIII, vom 23. März 1907) hat bereits den erfreulichen Erfolg gehabt, daß schon jetzt ca. 1500 M. gezeichnet worden sind. Außerdem hat ein Verehrer des Verstorbenen sich bereit erklärt, für die ersten Jahre der Prämienverteilung eine künstlerisch ausgeführte Möbius-Plakette zu stiften, welche dem jemaligen Preisträger neben dem Preis mitverliehen werden soll.

Diejenigen Herren, welche geneigt sind, einen Betrag zu zeichnen, die Subskriptionskarten aber noch nicht eingeschickt haben, werden höflichst gebeten, dieselben recht bald an Herrn Curt Reinhardt, Leipzig, Lessingstraße, gelangen lassen zu wollen.

Personalnachrichten.

— **Eberswalde.** An Personalveränderungen vom 1. April ab sind folgende zu nennen:

Der Anstaltsarzt Dr. Lahse zum Oberarzt, die Assistenzärzte K. Riemann und K. Ilss zu Anstaltsärzten, der am 1. Februar 1907 eingetretene Hilfsarzt Dr. Beyer unter Anrechnung seiner ganzen bisherigen zweijährigen Krankenhaustätigkeit zum etatsmäßigen Assistenzarzt mit zunächst 1500 M., vom 1. Februar 1908 ab 2000 M. Gehalt.

— **Uchtspringe.** Der hiesige Assistenzarzt Dr. Walther ist zum Oberarzt der Heil- und Pflege-Anstalt Neustadt i. Holstein erwählt worden.

— **Kortau.** Assistenzarzt Dr. Stein, am 31. Dezember 1906 ausgetreten, um in Lengerich, Westfalen, eine gleiche Stelle anzunehmen, für denselben Assistenzarzt Dr. Schröder aus Carlshof bei Rastenburg, eingetreten am 18. Februar cr.; ferner Dr. Klare aus Königsberg als Assistenzarzt, eingetreten am 15. März 1907.

— **Posen.** Der bisherige II. Arzt der Heilanstalt Nordend in Nieder-Schönhausen bei Berlin, Dr. Georg Lomer ist am 16. März 1907 bei der Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka als Assistenzarzt eingestellt worden.

Berichtigung

Auf S. 492 in Nr. 52, Jahrgang VIII, muss in der letzten Zeile des Referats über Salgó: die forense Bedeutung der sexuellen Perversität, zwischen die Worte „so" und „falsch" das Wort „vielfach" eingeschoben werden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 3. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft in Stärke von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 3 13. April. **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Beitrag zur Kenntnis des Myxödems.

Von *Dr. Schröder*, Assistenzarzt der Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen.

Seit der ersten ausführlicheren Mitteilung über das von Charkot als Cachexie pachydermique bezeichnete, nach dem Vorgange Ord's jetzt allgemein Myxoedema benannte Leiden, welches William Gull in seiner 1873 erschienenen Arbeit „on a cretinoir state supervening in adult life in women" brachte, erschienen nach und nach derart viel Berichte und Erörterungen, teils klinischer Art, teils auf dem Boden physiologischer oder therapeutischer Versuche fußend, daß ihre Literatur zur Genüge beweist, welch interessantes, aber auch welch dunkles Gebiet hier noch immer nicht völlig erforscht ist.

Trotz aller scheinbaren Einigkeit der neueren Forscher, trotz aller scheinbaren Klarheit findet man bei genauerem Studium dieser Literatur noch recht viele unklare, dunkle Punkte, ja sich direkt widersprechende Beobachtungen, namentlich bezüglich des eigentlichen Wesens der Erkrankung, ihrer Aetiologie im engeren Sinne, so daß wir uns auch heute noch Ewald unbedingt anschließen müssen, wenn er im Schlußwort seiner Monographie über die Erkrankungen der Schilddrüse, Myxoedem und Cretinismus sagt: „Wenn wir das Fazit aus alledem ziehen, müssen wir uns sagen, daß, so sehr wir den Zuwachs unserer Kenntnisse in den letzten Jahren anerkennen dürfen, eine klare Einsicht in die Funktion der Thyreoidea und die zum Teil rätselhaften Erfolge der Thyreoideabehandlung noch nicht gewonnen ist." Mit vollem Recht galt dies nicht nur für die Funktion der Thyreoidea und Schilddrüsentherapie, sondern speziell gerade für das Myxoedem.

Wie bekannt, verstehen wir unter dieser Erkrankung kurz zusammengefaßt eine zunehmende Verdickung und Verhärtung der Gesichtshaut, dann der Extremitäten und schließlich des übrigen Körpers, hervorgerufen durch Bindegewebswucherung mit Mucinbildung bei gleichzeitigem Eintreten neurogener Symptome, die sich in Muskelschwäche, Störungen der Innervation und Abnahme der geistigen Perception aussprechen.

Betrachtet man kurz die historische Entwicklung der wissenschaftlichen Anschauung über die Pathologie bezw. Pathogenese des Myxoedems, so ergibt sich eine ausgesprochene Scheidung in zwei Perioden.

In der älteren wurde die Erkrankung lediglich als neurogen aufgefaßt, während in der jüngeren die Ansicht herrschend wurde, das Myxoedem als eine Art Intoxikationszustand infolge mangelhafter oder fehlender Funktion der Thyreoidea, einen Athyreoidismus im Gegensatz zu einem Hyperthyreoidismus beim Morbus Basedowii anzusehen.

Besonders englische Ärzte wie Hammond, Savage, Ingliss u. a. konstruierten aus ihren Beobachtungen die Theorie des neurogenen Myxoedems, einer als Folgezustand zentralneurotischer Störungen aufzufassenden Krankheitsform. Wenn ihnen hierzu wohl schon hervorstechende Symptome der neurotischen Sphäre, nicht zum mindesten wohl die beobachtete Abnahme der Intelligenz bald mehr unter dem Bilde des Torpors, bald der halluzinatorischen Verwirrtheit Anlaß gab, so schienen auch pathologisch-anatomische Befunde den Beweis der Richtigkeit zu liefern.

Hamilton und Hadden fanden Degenerationsprozesse sowohl im Sympathicus, als auch in den Vorder- und Hinterhörnern der Medulla, bestehend in Atrophie und Degeneration der Ganglienzellen unter Verlust ihrer Fortsätze. Sie hielten das Ergriffensein der Medulla spinalis für sekundär, indem der Prozeß, von der Oblongata ausgehend, allmählich deszendierend degenerativ auf die Spinalis übergehe und so die trophischen Störungen erkläre. Kurz, ihrer Anschauung nach war das Myxoedem ein progressiver Entartungsprozeß des Zentralnervensystems

dem die typischen Symptome des Myxoedems als sekundär eingetretene Trophoneurosen angegliedert waren.

Wie weit diese Theorie durchdrang, ist daraus ersichtlich, daß selbst die neuesten Handbücher der inneren Medicin das Myxoedem immer noch unter der Trophoneurosengruppe aufführen.

Der Vater der zweiten Theorie ist wohl Oliver. Sein Ausspruch, „while other organs are becoming bulkier as a consequence, the thyreoid gland strange to say, is undergoing extensive atrophy", machte auf die degenerative Beteiligung der Thyreoidea aufmerksam. Die Veröffentlichungen Reverdins: Du myxoedeme par exstirpation de la thyreoid, sowie die gleichzeitig erschienenen Arbeiten von Kocher in Bern über Veränderungen im Organismus nach Strumektomieen ließen die Anschauung groß werden, die Cachexia thyreopriva als einen artifiziellen Bruder des Myxoedems anzusehen und die Pathogenese des Myxoedems selbst in der Thyreoidea zu suchen, zumal mehrere Beobachter beim genuinen Myxoedem Degeneration der Thyreoidea gefunden hatten. Das Myxoedem wurde nun als ein Autointoxikationszustand angesehen, als eine mangelhafte Entgiftung durch Funktionsmangel bezw. Funktionseinstellung der Schilddrüse. Das entgiftende Agens aber glaubte man gefunden, als Baumann das Vorhandensein von Jod in der Schilddrüse nachwies. Daher das Aufblühen der Organotherapie, daher Thyrojodin, Thyreoidin, Thyreoantitoxin, Thyreoproteid, Jodothyrin, Thyraden, Aiodin, alles Präparate der, wie Neumeister-Jena nicht mit Unrecht bemerkt, chemischen Einflüssen gegenüber sehr widerstandsfähigen Drüse. Ich möchte jedoch hier gleich anfügen, daß damit nicht etwa die Nützlichkeit der Präparate von mir angezweifelt werden soll, jedoch erkläre ich mir ihre Wirksamkeit anders als durch eine Art Substitution.

Das Myxoedem aber von einem neuen Gesichtspunkte aus anzuschauen, anzugreifen, eine neue Theorie den alten an die Seite zu setzen, dazu zwang mich ein Myxoedemfall, der durch klinische Beobachtung, Verlauf der auf dem Boden der neuen Theorie aufgebauten Behandlung das Resultat ergab, das Myxoedem als eine hämatogene Krankheitsform anschauen zu müssen.

Ich verdanke den Fall Herrn Dr. Schütze, Bad Kösen, in dessen Sanatorium ich als Assistent den Fall beobachtete und im Verein mit meinem Chef zu jener neuen Theorie gelangte. Das Krankenjournal lautet:

Herr F., Buchhändler aus F., z. Z. 37 Jahre alt, will in seiner Jugend stets gesund gewesen sein. Mit 16 Jahren verließ er die Schule, um bei einem Buchhändler in Leipzig als Lehrling einzutreten. Seit 1879 mehrere Male Gonorrhoe; Ulcus negiert. 1881 übte er 16 Wochen beim 11. Jägerbataillon (war wegen allgemeiner Körperschwäche der Ersatzreserve überwiesen worden). 1881 Geschwür in der Nase, das operativ behandelt, eine leichte Einziehung des Nasenrückens hinterließ. 1890 Heirat. Der Ehe entstammt ein zur rechten Zeit geborenes, gesundes Kind, das auch jetzt keinerlei Zeichen etwa einer lues hereditaria aufweist. Aborte sind nicht vorgekommen. Herbst 1898 traten nach und nach Entzündungen der Fingerkuppen auf, welche stark rissig wurden, doch nur wenig schmerzten. Pat. führt diese Erkrankung auf Hantieren mit gefärbtem, speziell rotem Seidenpapier zurück. Nach Weihnachten 1898 Frostbeulen auf dem Carpo-Metacarpalgelenke beider Zeigefinger. Heilung durch Frostsalbe. Nach und nach entwickelte sich dann eine langsam progrediente Schwellung des Gesichts, der Extremitäten, des Rumpfes und ein zunehmendes Schwächegefühl in den Gliedern. Schlaf, Appetit, Verdauung, geistige Fähigkeiten angeblich ungestört. Nach einer gründlichen, doch völlig erfolglosen Thyreoidinkur in der Universitätsklinik Halle Aufnahme in das Sanatorium Borlachbad-Kösen.

Status praesens am 9. Mai 1899. Mittelgroßer, schlank gebauter Mann mit blondem, grau untermischtem Haupthaar. An beiden Schläfen, beiden Mundwinkeln dickkleiiges Abschilfern der Haut. Beide Ohrmuscheln, links mehr wie rechts, glasig geschwellt, ebenso die Gesichtshaut von der Stirnmitte abwärts sowie die Augenlider. Nasolabialfalten noch eben sichtbar. Nacken und seitlicher Hals links und rechts stark geschwellt. Kehlkopf scharf durchzufühlen. Schilddrüse deutlich palpabel, von normaler Größe. Über dem Sternum, in dreieckiger Form und zirka 15 cm Länge vom Manubrium bis an den Prozessus xiphoideus reichend, eine braunrote, abschuppende Kleienflechte (Pityriasis versicolor). Keine Drüsenschwellungen. Am Zwerchfellansatz ringsherum leichte Venektasien. Pulmones ohne nachweisbare Veränderungen. In den Supraklavikulargruben beiderseits starke Venengeräusche. Herzdämpfung nicht verschoben, nicht verbreitert; der I. Ton über der Spitze ist gespalten, sonst Töne über allen Ostien rein aber schwach. Milz nicht palpabel, perkutorisch nicht vergrößert. Leberdämpfung im V. Interkostalraum beginnend, reicht in der rechten Parasternallinie vom Rippenbogen 9 cm abwärts; der linke Lappen reicht bis in die Mitte zwischen Parasternal- und Mamillarlinie. Abdomen überall weich, keine

Resistenzen, keine Druckempfindlichkeit. Pupillen gleichweit, reagieren prompt. Facialis gut funktionierend. Reflexe sämtlich leicht erhöht. Leichter Fußklonus. Beide Arme werden aktiv zirka 30° vom Körper erhoben, passiv annähernd über wagerecht, dabei Spannungsgefühl und fibrillares Zucken in Schulter- und Oberarmmuskulatur. Direkte Muskelreflexe mäßig erhalten. Rohe Kraft, subjektiv durch Händedruck geprüft, in beiden Händen gleichmäßig herabgesetzt. Die Maßergebnisse waren:

Oberarm, Mitte des Biceps, R. 28 cm, L. 29 cm. Unterarm, über dem Bauch des Supinator longus gemessen R. 26 cm, L. 27 cm.

Umfang der Hände über den Mittelhandknochen beiderseits 21½ cm.

Beide Hände zeigen gleichfalls glasige Schwellung. Faradische Erregbarkeit in Muskeln und Nerven der Arme deutlich herabgesetzt; galvanisch kaum merkbare KSZ vom Erbschen Punkt bei 3 MA. Gang wenig gestört, Hinlegen und Aufstehen sehr mühevoll. Die Kleider wirft Pat. beim Anziehen mit einem Schwung über den Kopf. Hautsensibilität in jeder Hinsicht exakt erhalten. Gehör, Gesicht, Geruch, Geschmack intakt.

Urin frei von pathologischen Bestandteilen. Sensorium frei.

Wir schlossen uns der schon in der Universitätsklinik Halle gestellten Diagnose Myxoedema an und standen nun vor der schwierigen Frage, wo und wie therapeutisch angreifen, da uns die Erfolglosigkeit der bereits unternommenen Thyreoideakur wenig ermunterte, auf dem Boden der bisherigen Theorie nochmals mit Thyreoideapräparaten einen therapeutischen Versuch aufzunehmen. Wegweiser wurde der Zufall.

Ich war damals mit Blutuntersuchungen bei verschiedenen Krankheiten beschäftigt und machte von unserem Pat. Präparate. Der Befund war hier:

Herabsetzung der körperlichen Bestandteile; Erythrocyten mit Kern- und Vakuolenbildung; Poikilocytose: Megaloblasten; Verminderung der Leukocyten; reichlich Blutplättchen.

Über Blutbefunde bei Myxoedem finden sich in der Literatur nur spärliche Angaben; im allgemeinen laufen sie alle auf Verminderung der körperlichen Bestandteile hinaus.

Für die Erythrocyten fanden bei genuinem Myxoedem Vermehren 3 464 000, die trotz Thyreoidinbehandlung nur auf 3 688 000 stiegen, Howitz 4 100000 bis 4 120 000, Laache 4 800000—5 000 000. Dabei zeigte sich der Haemoglobingehalt ebenfalls herabgesetzt und zwar teils entsprechend der Erythrocytenverminderung (Bruns, Vermehren), teils dieselbe übersteigend (Leichtenstern, Howitz, Laache). Über die Leukocytenzahl finden wir ähnliche Angaben. Foerster berichtet über einen Blutbefund bei Myxoedem, der 902 000 rote, 7400 weiße Blutkörperchen zeigte, viele Mikrocyten, Poikilocytose. Vaquez berichtet in seiner Arbeit Examen du sang des sujets myxoedémateux*), daß die Zahl der roten Blutkörperchen schwankt, Verminderung des Haemoglobingehalts, Vergrößerung des Durchmessers einzelner Blutzellen sowie kernhaltige Erythrocyten. Eine Vermehrung von Leukocyten hat er bei seinen 19 beobachteten Fällen niemals konstatieren können. Kraepelin und Garré fanden gleich uns eine Verminderung der Leukozytenzahl. Ludomil von Korczynski**) kommt zu dem Resultat, daß dem Myxoedem als solchem zugehören Megalocythaemie, Auftreten von eosinophilen Zellen und ein Überwiegen der Lympho- und Myelocyten unter den weißen Blutkörperchen. Soviel über Blutbefunde anderer Beobachter.

Der von uns nun eingeschlagene Weg fußte auf unserem mikroskopischen Blutbefund: Besserung der pathologischen Beschaffenheit des Blutes, in dem Gedanken zunächst, daß eine verbesserte Ernährungsflüssigkeit vielleicht auch die übrigen somatischen Symptome günstig beeinflussen würde.

Der fast gänzliche Mangel an Leukocyten, die hochgradige Leukopenie, die tiefgreifenden Veränderungen der Erythrocyten stellten uns, vulgär ausgedrückt, vor eine Additions- und eine Substitutionsaufgabe. Zu berücksichtigen war ferner die von mir in diesem Bericht bislang noch nicht erwähnte schnelle Gerinnbarkeit des Blutes des Pat., ein Symptom, welches bereits früher schon von Leichtenstern bei einem Myxoedemfall beobachtet worden war.

Grundlegend für unsere Therapie waren die Untersuchungen Loewys, die derselbe 1896 in der Berliner klinischen Wochenschrift veröffentlichte. Genannter Autor kam zu dem Resultat, daß hohe Temperaturen das spezifische Gewicht der Blutflüssigkeit im allgemeinen herabsetzen, während niedere Temperaturen das spezifische Gewicht erhöhen; mit anderen Worten: die Einwirkung hoher Temperaturen macht die Blutflüssigkeit dünnflüssiger und schwerer gerinnbar, trotzdem man auf Grund des starken Wasserverlustes durch den Schweiß bislang stets wohl das Gegenteil angenommen hatte.

Die Behandlung selbst bestand nun zunächst in Anwendung langsam angewärmter Vollbäder von

*) Progrès méd. III, 12, p. 180, 1897.

**) L. v. K., Einige Bemerkungen über das Myxoedem. Wiener med. Kr. No. 36, 1899.

36°—43 und 45° C steigend in einem Zeitraum von 12 bis 20 Minuten. Während dieser Bäder zeigte sich reichliche Schweißbildung, Beschleunigung der Herzaktion, starke Erweiterung des Gebietes. Die Bäder selbst erzielten, wie wiederholte Blutuntersuchungen ergaben, größere Verflüssigung bezw. Verdünnung des Blutes, Ansteigen des Haemoglobingehalts.

Der Blutbefund hatte aber noch eine weitere Forderung an die Therapie gestellt: Leukocytenvermehrung.

Eine Leukocytose experimentell hervorzurufen, gelingt bekanntermaßen mit absoluter Sicherheit bei niedrig temperierten hydriatischen Maßnahmen*) und zwar korrespondierend mit der Intensität des Eingriffs. Unser Pat. erhielt Frottiervollbäder von 10 bis 12° C, deren längste Dauer fünf Minuten betrug und war jeweils auch hier die Leukocytenvermehrung deutlich zu konstatieren. Bei dieser Abwechslung in den hydriatischen Prozeduren wirkten diese intensiver als ohne sie und, was unsere Beobachtungen zur Evidenz ergaben, die Eingriffe wirkten bezüglich ihres therapeutischen Erfolges kumulierend. Nebenher erhielt Pat. noch faradische Bäder von indifferenter Temperatur.

Da es aber doch notwendig erschien, das Blut auf jede Weise zur Reorganisation zu zwingen, so griffen wir zum mächtigsten Stimulans, der Venaesektio. Zwar scheiterten die ersten Versuche an der immensen Gerinnungsneigung des Blutes; wir benutzten daher in den ersten Wochen der Behandlung Blutegel zur Blutentziehung. Letztere wurden in mehrtägigen Zwischenräumen je zwei an verschiedenen Stellen des Rumpfes appliziert, späterhin die Aderlässe an der üblichen Stelle vorgenommen. So gelang es von fünf zu fünf Tagen dem Körper 10 bis 40 ccm Blut zu entnehmen. (Fortsetzung folgt.)

*) Untersuchungen von Winternitz und Rovighi.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VI.

Aus der Literatur des Jahres 1906 zusammengestellt

von Professor Dr. *Ernst Schultze.*

(Fortsetzung.)

§ 104, Nr. 2, 3.

Wenn im Falle der Nr. 3 die Entmündigung wegen Geisteskrankheit ausgesprochen ist, hat die Entmündigung die Geschäftsunfähigkeit zur Folge; so lange die Entmündigung fortdauert, kommt es nicht darauf an, ob auch die Geisteskrankheit weiter besteht oder ob bei dem Entmündigten lichte Zwischenräume eingetreten sind.

Dagegen hört eine nach Nr. 2 eingetretene Geschäftsunfähigkeit nicht nur dann auf, wenn die krankhafte Störung der Geistestätigkeit gehoben ist, sondern auch dann, wenn eine solche Störung zwar noch fortdauert, aber nicht mehr die Folge hat, daß dadurch die freie Willensbestimmung aufgehoben ist. In einem solchen Falle sind lichte Zwischenräume möglich und von rechtlicher Bedeutung. (R. G. IV. 8. März 1906.) D. R. pag. 501. Entsch. Nr. 1144.

§§ 108. 1297 ff.

Der gesetzliche Vertreter der Klägerin hat die erforderliche Genehmigung verweigert. Zwar hat er die Verweigerungserklärung nur der Klägerin gegenüber abgegeben, allein es genügt, wenn sie entweder dem Minderjährigen gegenüber, oder dem andern Teile gegenüber abgegeben wird. Die Folge der Genehmigungsverweigerung war, daß der Verlöbnisvertrag als ein von Anfang an unwirksamer Vertrag gelten mußte. Der einmal unwirksame Vertrag konnte auch nicht durch Widerruf der Genehmigungsverweigerung und nachträgliche Erteilung der Genehmigung wirksam werden. Die Verweigerungserklärung unterliegt im Falle des § 108 B. G. B. nicht dem Widerrufe; sie ist, einmal abgegeben, endgültig und unwiderruflich. Dies ergibt die Rücksicht auf den andern Teil, der Gewißheit erlangen muß, ob der einstweilen in der Schwebe befindliche Vertrag besteht oder nicht besteht. Die nachträglich erteilte Genehmigung ist gleichfalls ungeeignet, dem unwirksamen Vertrage aufzuhelfen, denn sie bezieht sich auf ein vollständig erloschenes, rechtlich nicht mehr vorhandenes Rechtsverhältnis, ist also gegenstandslos. (R. G. IV. C. S. 9. Nov. 1905.) J. W. pag. 9.

§ 114.

Durch die Entmündigung wegen Geistesschwäche wird nicht ausgeschlossen, daß der Prozeßrichter in

einem einzelnen Falle und für die Zeit vor oder nach der Entmündigung feststellt, daß der Entmündigte sich in einem, die freie Willensbestimmung ausschließenden, seiner Natur nach nicht bloß vorübergehenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet oder befunden hat. (O. L. G. Dresden, 29. Mai 1905.) D. R. pag. 853. Entsch. Nr. 2060.

§ 138.

Ein Vertrag, durch den ein Geistesschwacher, der die rechtliche und wirtschaftliche Tragweite seiner Rechtshandlungen nicht zu beurteilen vermag, eine sichere Hypothek an einen andern gegen eine unsichere Hypothek, die in der Zwangsversteigerung voraussichtlich zum Teil ausfallen wird, vertauscht, ist, wenn der Vertragsgegner den Geisteszustand des Geistesschwachen kennt und weiß, daß der Vertrag dem Interesse des Geistesschwachen geradezu zuwiderläuft, nach § 138 B. G. B. nichtig.

Denn es verstößt wider die guten Sitten, in bewußter Ausnutzung der Geistesschwäche einer Person mit dieser ein sie benachteiligendes, für den Vertragsgegner aber vorteilhaftes Geschäft abzuschließen. (O. L. G. Kassel. 11. Januar 1906.)

D. R. pag. 179. Entsch. Nr. 288.

§§ 254. 828.

Der § 254 ist auf die Beschädigung eines Kindes unter 7 Jahren unanwendbar; der § 828 findet auf die Fälle des § 254 Anwendung. (R. G. VI. 7. Dez. 1905.) D. R. pag. 291. Entsch. Nr. 598.

§ 254.

Von einem eigenen Verschulden eines Kindes unter sieben Jahren kann wegen dessen mangelnder Zurechnungsfähigkeit keine Rede sein. (R. G. VI. 29. Januar 1906.)

D. R. pag. 438. Entsch. Nr. 1042.

§§ 254. 276.

Der erkennende Senat hat in einer Entscheidung vom 30. Mai 1904, VI 328/03, anerkannt, daß in dem Betreten des Trittbretts, um den geeigneten Moment zum Absteigen abzuwarten, je nach den Umständen noch kein die Verantwortlichkeit der Bahn ausschließendes Verschulden zu erblicken sei. Im vorliegenden Falle aber, wo der angetrunkene Kläger vor der Gefahr ausdrücklich gewarnt worden war, und die Gefahr des Abrutschens einerseits durch die Unsicherheit seiner Haltung, andererseits durch die Schlüpfrigkeit des Trittbretts erhöht war, erscheint die Fahrlässigkeit des Klägers eine so hochgradige, daß ihm der Ersatz des erlittenen Schadens ganz versagt werden mußte. (R. G. VI. 1. Febr. 1906.)

J. W. pag. 102.

§ 826.

In Betreff der zum Tatbestand des § 826 gehörenden vorsätzlichen Schädigung genügt das Bewußtsein, daß aus der Handlung ein Schaden entstehen könne. Auch ein eventueller Dolus ist ausreichend. (R. G. VI. 9. Juli 1906.)

D. R. pag. 1260. Nr. 3030.

§ 827.

Es besteht keine Pflicht des Wirtes, dafür zu sorgen, daß bei ihm verkehrende erwachsene Leute nicht mehr trinken, als sie vertragen können. (O. L. G. Karlsruhe. 20. Juni 1906.)

D. R. pag. 1260. Nr. 3034.

§§ 827. 833. 276. 274.

Der Kläger, geboren im September 1858, ist wegen Geistesschwäche entmündigt. Nach dem ärztlichen Gutachten, auf das der Berufungsrichter verweist, ist die geistige Fähigkeit des Klägers nicht höher zu schätzen als die eines achtjährigen Knaben, der auf dem Lande aufwächst. Der Sachverständige hat sich dahin ausgesprochen, der Kläger habe sich, wie überhaupt, so auch am 14. Juli 1904 in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden. . . . . Das Berufungsgericht verneinte die Frage, ob der Kläger die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer acht gelassen habe, weil der Kläger nicht gewußt habe, daß das Pferd ein Schläger sei, die Warnung, die ihm der Sohn des Beklagten erteilt, nicht verstanden, auch nicht diejenige Vorsicht außer acht gelassen habe, die jedem fremden Pferde gegenüber zu beachten sei. (R. G. 29. Okt. 1906.)

J. W. pag. 740.

§ 828.

Der Berufungsrichter hat die Frage verneint, ob bei der Entstehung des Schadens ein eigenes Verschulden des Klägers mitgewirkt habe, indem er ausführt: der Kläger sei zur Zeit des Unfalls zehn Jahre alt, also in einem Alter gewesen, wo er nach § 828 B. G. B. für den von ihm verursachten Schaden verantwortlich sei, wenn er die zur Erkenntnis der Verantwortlichkeit erforderliche Einsicht besessen habe. Nun begreife freilich ein Knabe von zehn Jahren regelmäßig die im gewöhnlichen Verkehr des täglichen Lebens liegenden Gefahren, nicht aber die aus Maschinen entspringenden. Es sei daher auch hier anzunehmen, daß der Kläger die mit dem Eingreifen in die Maschine verbundene Gefahr nicht erkannt habe, zumal es sich hier um eine Maschine handle, die selbst erwachsenen Personen große Gefahren bringe. Diese Ausführung ist nicht haltbar.

Sie beruht zunächst auf einer rechtsirrigen Verteilung der Beweislast. Nach der Vorschrift des § 828 B. G. B. ist der Kläger im Alter von zehn Jahren für den von ihm verursachten Schaden verantwortlich, sofern nicht er den Beweis erbringt, daß ihm bei der Begehung der schädigenden Handlung die erwähnte Einsicht gefehlt habe. (Vergl. R. G. 61, 239.) Nun verneint zwar der Berufungsrichter das Vorhandensein dieser Einsicht, aber auf Grund des von ihm unterstellten allgemeinen Erfahrungssatzes, daß Knaben von zehn Jahren die aus Maschinen entspringenden Gefahren nicht erkennen könnten. Allein dieser allgemeine Satz ist nicht richtig. Abgesehen von der Frage, ob er logisch eine Stütze in der letzten Schlußfolgerung der Urteilsgründe findet, daß, weil die Maschine des Beklagten selbst erwachsenen Personen große Gefahren bringe, der Kläger diese nicht erkannt habe, ist die Unterstellung des Berufungsrichters schon nicht vereinbar mit seiner eigenen Annahme, daß Knaben von zehn Jahren die im gewöhnlichen Verkehr des täglichen Lebens liegenden Gefahren regelmäßig erkennten. Denn hier ist behauptet, daß der Kläger öfters in der Nähe der Maschine verkehrt hat und daß er durch Warnungen und Mahnungen, selbst einmal durch Strafe angehalten ist, von der Maschine fernzubleiben. Ob nicht diese Vorgänge des täglichen Lebens dem Kläger die Einsicht in das Gefährliche seines Tuns geben konnten, hat der Berufungsrichter nicht untersucht, und schon aus diesem sachlichen Grunde ist die Beschwerde der Revision begründet, daß der Vorderrichter auf die ihm angebotenen Beweise ungenügend eingegangen sei. Das angefochtene Urteil war daher aufzuheben und eine anderweite Verhandlung und Entscheidung der Sache anzuordnen. (R. G. VI. 20. Sept. 1906). J. W. pag. 686.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Eberswalde.** Durch Landtagsbeschluß wurde eine neue Anstaltsarztstelle (III. Arzt) für die Familienpflege eingerichtet. Sie hat sich allmählich auf nahezu 100 Kranke ausdehnen lassen, darunter 20 Kranke besserer Stände, und ist nunmehr ein besonderer Arzt für die Beaufsichtigung und Versorgung der Kranken notwendig. Derselbe erhält Familienwohnung in der Stadt Eberswalde. Ferner ist die Errichtung eines sogen. Stationshauses für einen verheirateten Wärter im Dorfe Chorinchen beschlossen worden, der namentlich die dort und in der Umgebung untergebrachten männlichen Kranken zu beaufsichtigen hat. Das Haus enthält neben der Familienwohnung für den Wärter, einem Raum für 2 Kranke in Familienpflege und einem Stallgebäude, noch ein besonderes Zimmer für den Familienpflegearzt zu Verbands- und Ordinationszwecken, ferner einen Krankenraum für 2—3 Kranke zur vorübergehenden Unterbringung Kranker mit körperlichen Störungen etc. und eine Badeeinrichtung. Dazu kommt Gartenland für den Wärter und noch etwa zwei Morgen Land, um sich nach allen Seiten hin die nötige Ellbogenfreiheit zu sichern, und das zunächst für Anstaltszwecke bestellt wird.

— **79. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte** in Dresden vom 15. bis 21. September 1907. Der unterzeichnete Vorstand der Abteilung für Neurologie und Psychiatrie gibt sich die Ehre, zu der in der Zeit vom 15.—21. September ds. Js. in Dresden stattfindenden 79. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte ergebenst einzuladen.

Da den späteren Mitteilungen über die Versammlung, die im Juni zur Versendung gelangen, bereits ein vorläufiges Programm der Verhandlungen beigefügt werden soll, so bitten wir, Vorträge und Demonstrationen — namentlich solche, die hier größere Vorbereitungen erfordern — bis zum 25. Mai bei dem mitunterzeichneten ersten Einführenden, Geheimen Medizinalrat Dr. Weber in Sonnenstein a. E., anmelden zu wollen. Vorträge, die erst später, insbesondere erst kurz vor oder während der Versammlung angemeldet werden, können nur dann noch auf die Tagesordnung kommen, wenn hierfür nach Erledigung der früheren Anmeldungen Zeit bleibt; eine Gewähr hierfür kann daher nicht übernommen werden. Die allgemeine Gruppierung der Verhandlungen soll so stattfinden, daß Zusammengehöriges tunlichst in derselben Sitzung zur Besprechung gelangt; im übrigen ist für die Reihenfolge der Vorträge die Zeit ihrer Anmeldung maßgebend. Ganz besonders dankbar wären wir für Vorträge über Gegenstände, welche sich zur Besprechung in kombinierten Sitzungen zweier oder mehrerer verwandter Abteilungen eignen, da es dem universellen Charakter der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, in welcher im Gegensatz zu den zahlreichen alljährlich stattfindenden Spezialkongressen sämtliche Zweige der Naturwissenschaften und Medizin vertreten sind, entspricht, daß gerade solche mehrere Abteilungen interessierende Fragen zur Verhandlung gelangen.

Die Einführenden:
gez.: Dr. Böhmig, Hofrat Dr. Ganser, Dr. P. Seifert, Geh. Med.-Rat Dr. Weber.

Die Schriftführer:
gez.: Dr. H. Hänel, Dr. Curt Schmidt, Dr. Schubart, Dr. Stegmann.

— Die diesjährige Wanderversammlung der **südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte** wird am 1. und 2. Juni in Baden-Baden stattfinden.

Diejenigen Herren, die Vorträge halten wollen, werden gebeten, sie recht bald — spätestens bis zum 4. Mai — bei einem der Unterzeichneten anzumelden. Wollenberg. Laquer.

— **Salzburg.** Der Landtag hat die Errichtung zweier Aufnahmeabteilungen mit einem Belage von je 60 Kranken bewilligt. Die Anstalt, welche für einen Belag von 220 Kranken im Jahre 1898 eröffnet wurde, hat heute 300 Kranke und wird mit den neuen Zubauten 340 Kranke (als Normalbelag) pflegen können. Die veranschlagten Kosten betragen 400000 Kr.

Zugleich wurde der Ankauf eines benachbarten Gehöftes bewilligt.

Da für Pflegepersonen eine Altersversorgung nicht besteht, wurde vorläufig statt einer solchen die Gewährung von Dienstprämien bewilligt. Es erhalten die Pfleger nach Ablegung einer Prüfung vom dritten Jahre ab steigende Prämien bei ihrem Austritte zuerkannt, welche nach dem zehnten Jahre 1200 Kr. erreichen können.

— **Internationaler Kurs der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie zu Gießen.** Zum mehrfach bereits in diesem Blatte erwähnten Kurs hatten sich bis Anfang April bereits 126 Herren angemeldet. Von denselben gehören 65 dem ärztlichen, 44 dem Juristenstande im engeren Sinne an (Staatsanwälte, Richter, Anwälte etc.). Acht Teilnehmer sind als Direktoren von Strafanstalten (darunter mehrere aus dem Juristenstande hervorgegangene) oder im Polizeiwesen tätig. Acht weitere vertreten das Erziehungs- und Rettungsanstaltswesen. Ein Teilnehmer ist Psycholog von Fach. Auffallend stark ist die Beteiligung aus Österreich, das mit 21 Namen vertreten ist. Nach den Nationalitäten weist die Liste ferner sieben Holländer, zwei Schweden, einen Schweizer und einen Russen auf.

— **Psychiatrie und Aufklärung.** Der Fall Sagawe hat den segensreichen Nebenerfolg gezeitigt, daß man dem Okkultismus, Mystizismus und Aberglauben, der in der Weltstadt Berlin sein Unwesen treibt, größere Aufmerksamkeit schenkt und auf Mittel zur Gesundung und Hygiene des Berliner Geistes- und Verstandeslebens sinnt. Der Berliner beginnt sich zu schämen, daß er inmitten einer solchen Menge irrender Menschen sitzt, und das ist der erste Schritt zur Besserung. An der Aufklärungsarbeit, an der Anbahnung der seelischen Hygiene hat die Psychiatrie denselben Anteil wie die Bakteriologie an der körperlichen. Wenn einmal ein geistiges Seuchengesetz geschaffen werden soll, welches verbietet und verhindert, daß einer den andern mit seinem Unsinn infiziert, dann wird die Psychiatrie die Grundsätze dafür festlegen helfen. Aber bis dahin wird noch mancher totgebetete Leichnam in Berlin zu Grabe getragen werden.

Zunächst muß die Psychiatrie ihre eigene Stellung und Lehre noch viel mehr befestigen. Aus den rabenumkrächzten Türmen und Ruinen einer im Sterben liegenden Weltanschauung fliegen noch gar oft Steinblöcke und Holzpflöcke herüber in den Tempel unserer Wissenschaft.

Es ist in der Tat ein Kampf um Weltanschauungen. Bei jedem sensationellen Straffall mit zweifelhafter Zurechnungsfähigkeit, wo es sich für uns nur darum handelt, dem Richter Symptome wissenschaftlich klar darzulegen, oder den Rechtsbrecher anthropologisch verständlich zu machen, während wir die Entscheidung, dieses wenig beneidenswerte Amt, der Justiz überlassen müssen, und gerne überlassen — bei jedem solchen Fall hängt die alte Weltanschauung ihre paar Fahnen in Gestalt von Zeitungsartikeln reaktionärster Art heraus und stößt aus ihren Fanfaren herzzerreißende Töne.

Ein prägnantes Bild von dem „Aberglauben in Berlin" wird in der „Frankfurter Zeitung" (13. März 1907) entworfen:

„Ein Vorurteil, das in der Reichshauptstadt jetzt fast jeder Tag entkräften hilft, ist die noch immer verbreitete Meinung, daß die moderne Großstadt eine Stadt der Aufklärung sei. In Wahrheit steht hier jedem „Pro" auch wieder ein „Contra" gegenüber, und auf jeden naturwissenschaftlichen Vortrag, den das Tagesprogramm der Anschlagssäule verkündet, kommen immer gleich mehrere, die man als „naturpfuscherhaft" bezeichnen müßte. In den über die ganze Stadt verbreiteten Vortragsräumen, die seit dem Auftreten des Jesuiten Wasmann besonders für darwinistische Fragen sehr gesucht sind, tobt sich ein ununterbrochener geistiger Kampf aus, ein Kampf, in dem mit der Regelmäßigkeit eines sich drehenden Mühlrads Pastoren, Dozenten, Naturheiler, Magnetiseure, Vegetarier zu Worte kommen, ein Kampf, in dem es leider trotz aller vernünftigen und gelehrten Mitstreiter heißt: „Unsinn, du siegst!" Denn das kleinbürgerliche Publikum, soweit es für „Welträtsel" Interesse empfindet, neigt ja zumeist im protestantischen Norden und vor allem auch in Berlin zur religiösen Sektenbildung, zum Fanatismus, zum Aberglauben. Es gibt nicht nur Theosophen, apostolische Christen, religiöse Dissidenten, Totenbeschwörer und Eidverweigerer in einer Reichhaltigkeit in Berlin, über die erst vor wenigen Jahren ein Kenner der hiesigen Sekten und Sektierer ein trauriges Großstadt-Dokument veröffentlicht hat; es gibt auch Verbände von Spiritisten, Mediumisten, Gesundbetern. Ein ganzes Netz solch verderblicher Vereine, die in zahllosen Kneipen aller Bezirke Versammlungen abhalten, dehnt sich über die Stadt aus; die Verbindung von Biertisch und vierter Dimension könnte erheiternd wirken, wenn sie nicht ein so klägliches Zeugnis für gewisse Schichten der Großstadt-Bevölkerung wäre. In der aufgeklärten Gesellschaft Berlins sprach man in der vergangenen Woche lebhaft und staunend von dem Fall der Familie Sagawe, von jener ausführlich geschilderten Tragödie im Haus eines Berliner Oberzahlmeisters, wo die Frau und vier erwachsene Kinder, von religiösem Wahnsinn, einem Gesundbeter-Delirium befallen, den erkrankten

Mann zu mißhandeln begannen. Der Fall war aufsehenerregend durch die Art der geistigen Massenerkrankung. Sittengeschichtlich aber brachte er nichts Ueberraschendes. Die Ausbreitung des Gesundbeter-Wesens in Berlin datiert schon seit Jahren. Alle Aerzte mit größerer Praxis wissen davon, wie von der ungeahnten Ausbreitung des Kurpfuschertums überhaupt; sie sind machtlos dagegen, solange die deutsche Gewerbefreiheit sich uneingeschränkt auch auf ihr Gewerbe bezieht; sie müssen die Konkurrenz ertragen und bekommen dann allerdings die von Gesundbetern wahnsinnig Gemachten zur Behandlung. Wie ausgedehnt der Gesundbeter-Schwindel und seine amerikanische christliche Wissenschaft sind, brauchte wirklich nicht erst der Fall Sagawe zu zeigen. Dem Osten der Stadt, in dem dieser Fall sich zugetragen hat, gibt der Aberglaube im Westen schon lange nichts nach. Die Waschfrauen, die ihre hippokratische Kunst unter Kleinbürgern verwerten, dringen von der Hintertreppe auch in die Herrschaftswohnungen ein. In Schöneberg, das eine so neue und moderne Vorstadt in großem Stile ist, gibt es eine erschreckende Zunft von dieser und von verwandter Art. Die Wahrsagerin und die Kartenlegerin, die gerade in diesem Viertel ihr blühendes Unwesen treiben, finden in dem gleichfalls hier installierten „Christian Science Reading Rom" (dem Versammlungsort der Gesundbeter) ein würdiges Gegenstück, und es ist ein offenes Geheimnis, daß vor allem bei den Gesundbetern Vertreter der besten Stände und namentlich hohe Militärs a. D. zu den Stammgästen gehören. Auch der Großstädter, der in der technisch modernen Vorderhaus-Wohnung lebt, der die nüchterne Geschäftsstraße passiert, der im Warenhaus einkauft, trägt oft genug ein Stück Mittelalter in sich. — ago."

Leider ist wenig Aussicht vorhanden, daß das Gesundbeten bald nachlassen wird, solange gerade in kirchlichen Kreisen selbst, welche sonst an dem Protest gegen diese und verwandte Unsitten teilnehmen, auf Grund von mißverstandenen Bibeltexten derartige Ideen gepflegt werden; so schreibt Pfarrer Klein in einem Artikel der „Kreuzzeitung" (Berlin) vom 10. März 1907, überschrieben: „Der Fall Sagawe, „die Gesundbeter" und „die Gemeinschaften":

„Man ist sich im Punkte des Betens bei Krankheiten auf kirchlicher Seite darüber klar, daß die Gemeinschaftsleute sich darin manche „Exzentrizitäten" leisten, aber andererseits bleibt das Wort Jakobi 5, 15: „Das Gebet des Glaubens wird dem Kranken helfen" doch für beide Seiten unanfechtbare Wahrheit. Auf beiden Seiten ist man sich gemäß 1. Korinther 12, 9 auch darin einig, daß der Herr immer wieder diesem und jenem seiner Kinder die besondere Gabe „Gesund zu machen" schenken kann, nur stimmt man im einzelnen Falle nicht immer zusammen in der Meinung, daß dieser und jener Gemeinschaftschrist wirklich diese Gabe besitze und in diesem und jenem Falle ausgeübt habe." — Man sollte sich endlich in kirchlichen Kreisen ernstlich darauf besinnen, welch Unrecht man begeht, die Bibel immer wieder in kulturellen Dingen zum Maßstab für unsere Zeit zu machen, anstatt sich auf die Verwendung ihrer religiösen und Erbauungs-Werte zu beschränken.

Bresler.

— Eine von den bisher üblichen in der Konstruktion abweichende **Kontrolluhr**, welche eine Garantie dafür gibt, daß der mit der Wache Beauftragte wirklich selbst wacht und die Uhr bedient, und nicht etwa einem Kranken Uhr und Wachen überläßt, ist in der neuen Greifswalder psychiatrischen Universitätsklinik in Gebrauch. Die Beschreibung dieser Uhr (in „Die Entwicklung des psychiatrischen Unterrichts in Greifswald", Rede, gehalten zur Eröffnung der neuen Psychiatrischen Klinik in Greifswald am 13. Januar 1906. Von Prof. Dr. Ernst Schultze. Klinisches Jahrbuch 1907, XVI. Bd.) besagt:

Ein einfaches Hilfsmittel gibt die Unterschrift. Unsere Kontrolluhr, die sich in einem allseitig geschlossenen Kasten befindet, läßt unter einem schmalen Spalt ein Blatt Papier rotieren, das immer nur für eine bestimmte Zeit dem Wachthabenden zugänglich ist. Das Blatt Papier bewegt sich entsprechend dem Stundenweiser und macht innerhalb 12 Stunden eine Umdrehung. Die Papierscheibe trägt an ihrer Peripherie Zahlen, die ohne weiteres jeden Augenblick dem Pfleger die jeweilige Zeit angeben. Der die Uhr enthaltende Kasten kann in einem Tische auf der Wachabteilung so befestigt werden, daß die für die Einschiebung der Unterschrift bestimmte Spalte bündig mit der Tischplatte liegt. Die Uhr, die vom Uhrmacher Hahlweg, Stettin, Paradeplatz 3, konstruiert ist, hat sich bisher trefflich bewährt. Ein Blick auf die Papierscheibe lehrt ohne weiteres, ob regelmäßig gewacht worden ist. Die Gefahr eines Betrugs durch Nachahmung der Unterschrift erscheint mir nicht sehr groß; ich glaube, daß schon die Kleinheit des Schlitzes eine genaue Nachahmung der erforderten Unterschrift ungemein erschwert. Ebenso ist eine Vorkehrung getroffen, die den Pfleger verhindert, willkürlich das Blatt Papier zu bewegen und mit seiner Unterschrift zu versehen. Diese Kontrolluhr ist nicht teurer als die bisher üblichen, ihr Preis beträgt einschließlich 365 Blatt Papier M. 60,00.

— **Möbiusstiftung.** Bis zum Schluß dieser Nr. waren an Beiträgen für die Möbiusstiftung im Ganzen 3011 Mk. gezeichnet. Die opferwilligen Geber werden gebeten, vorläufig auf diesem Wege den herzlichsten Dank entgegenzunehmen. Gleichzeitig sei es gestattet, für diejenigen Herren, welche geneigt sind, einen Beitrag zu zeichnen, die Subskriptionskarte aber noch nicht eingesandt haben, die in voriger Nr. ausgesprochene Bitte zu wiederholen.

Personalnachrichten.

— **Hamburg.** Irren-Anstalt Friedrichsberg. Der Assistenzarzt Dr. Max Cramer ist am 5. d. M. aus dem Dienste der diess. Anstalt geschieden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 4. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh Med.-Rath, Berlin. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien.) Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Kierling-Gugging (Österreich). Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft in Stärke von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 4. 20. April. **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Entwicklung der Trinkerfürsorge in Verbindung mit der städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.

Von Direktor Dr. *Sioli.*

Es gilt im allgemeinen der Satz, daß Trinkerheilanstalten am besten für sich allein, getrennt von anderen Instituten, einzurichten sind, und so ist wohl auch die Mehrzahl derselben, auch die für die öffentliche Fürsorge bestimmt sind, dennoch aus privater Initiative und durch Sammlungen sowohl in der Schweiz (wo allerdings der Alkoholzehnte zur Erhaltung beiträgt), als auch in Deutschland zu stande gekommen.

Es dürfte daher von allgemeinerem Interesse sein, zu sehen, wie sich in einer Großstadt, in der die Fürsorge für die Hilflosen in weitgehender Weise geordnet ist, im Anschluß an ein vorhandenes Institut, die städtische Irrenanstalt, die weitere Fürsorge für die Alkoholisten entwickelt hat, und wie weit die getroffene Einrichtung die Bezeichnung einer Trinkerheilstätte verdient.

Es wird sich erweisen, wie einerseits die alte städtische Irrenanstalt seit einer Reihe von Jahren mehr und mehr zu einer Aufnahmestation für alle Bewußtlosen und in ihrem Bewußtsein Gestörten, also auch die akuten und chronischen Alkoholisten, geworden ist, wie das Bedürfnis nach einer weiteren Sorge für die letzteren sich herausstellte, und wie andererseits dieser Lücke die Erwerbung eines Landgutes in einiger Entfernung von der Stadt entgegenkam, auf welchem zweckentsprechende Einrichtungen getroffen werden konnten.

Am 1. April 1901 wurde die Hüttenmühle bei Köppern im Taunus von der Stadt erworben, der hiesigen Anstalt als Filiale und landwirtschaftliche Kolonie überwiesen und es wurde die Bewirtschaftung des Gutes durch geeignetes Personal und zunächst sieben, dann 12 Kranke begonnen.

Das Gut liegt in einem der schönsten Teile des Taunusgebirges im Köpperner Tal, da, wo sich dasselbe aus einem engen Waldtal in ein breiteres Wiesental öffnet, eine Viertelstunde oberhalb des Dorfes Köppern, das eine Stunde von Homburg, zwei Wagenstunden oder drei Viertelstunden Eisenbahnfahrt von Frankfurt entfernt ist.

Es gehören hierzu an Gebäuden der früheren Hüttenmühle zwei kleine Wohngebäude, Ställe und Scheuern, die alte Wassermühle mit Wasserkraft und 4 ha Wiesen. Außerdem wurden sofort hinzugekauft, z. T. von der Gemeinde, z. T. von den Dorfeinwohnern, 6 ha dabeiliegendes Feld, 10 ha Wald und etwa 12 ha Weide und Heide, beides bisher unbebaut, doch zu Feld und Wiesen anlegen geeignet. Durch die längste Ausdehnung des Gutes fließt der Bach, der zum Teil zu künstlicher Bewässerung verwendbar ist.

Der Zweck der Filiale war zunächst der, rekonvaleszenten Kranken eine bei der Hauptanstalt durch die Nähe der Stadt immer mehr beschränkte Arbeitsmöglichkeit mit Bewegung im Freien zu schaffen, weiterhin eine öffentliche Nervenheilanstalt dort zu erobern.

Da vorläufig nur die seitherigen Mühlengebäude in Benutzung genommen wurden und jegliche Möglichkeit einer Einschränkung der Bewegungsfreiheit fehlt, so wurde davon abgesehen, eigentliche Geisteskranke in die Filiale zu legen. Es gab sich daher von selbst der Wunsch und die Gelegenheit, hier für die Alkoholisten eine durch Lage und Arbeitsgelegenheit bevorzugte Heilanstalt einzurichten.

Die Notwendigkeit hierzu wurde durch folgende Umstände bedingt:

Erstens begann seit 1900 der Alkoholismus eine wesentliche Rolle unter den Aufnahmen in die Hauptanstalt zu spielen. Im Jahre 1899/1900 stieg die Zahl der aufgenommenen Alkoholisten zum ersten

Mal auf über 100 und befand sich von da an bis 1905 in ununterbrochenem Wachstum, zuletzt bis auf 400—500 Aufnahmen.

Es wäre verfehlt, die Ursache dieses auffallenden Vorgangs in einer entsprechenden enormen Zunahme der Trunksucht in der Stadt Frankfurt zu suchen. Trunksucht ist jedenfalls hier, wie in jeder größeren Stadt, in den verschiedensten Bevölkerungskreisen vorhanden gewesen. Sie ist aber nicht derart ans Licht getreten, daß man die Einzelindividuen zählen und in ihrer Eigenheit ergründen konnte.

Dies war erst möglich, seitdem organisierte Rettungswachen in Frankfurt eingerichtet wurden und durch dieselben der gesamte Krankentransport in sachverständige Hände genommen wurde.

Nun wurde seitens der staatlichen und städtischen Behörden mit dem alten System gegenüber den schwer Betrunkenen und Bewußtlosen endlich und gänzlich gebrochen. Dieselben wurden früher durch die Polizei zur Polizeiwache gebracht und ihrem Schicksal überlassen; seit dem Jahr 1900 aber wurden sie durch die Rettungswachen in Behandlung genommen und, wenn sich der Fall als ein schwerer erweist, sofort zur hiesigen Hauptanstalt für Irre und Epileptische (Irrenanstalt) gebracht, die gegenüber der Rettungswache statuarisch als Aufnahmestation für alle Bewußtlosen und irgendwie in ihrem geistigen Wesen veränderten Personen festgestellt worden ist. Nur auf diesem Wege ließ sich allmählich eine ärztliche Erkenntnis und eine Möglichkeit des Eingreifens gegenüber den Alkoholisten gewinnen.

Denn nun ergab sich bald zweitens, daß das ärztliche Handeln nicht damit abgeschlossen war, den bewußtlos gebrachten, resp. an schwerer Alkoholvergiftung leidenden Kranken zu reinigen, zu betten, und sich ernüchtern und erholen zu lassen; vielmehr drängte die häufige Wiederkehr zahlreicher gänzlich Heruntergekommener, zur Vagabondage, zur städtischen Straßenplage degenerierter Individuen, die durch dauernde Konflikte mit der Polizei und dem Publikum die öffentliche Sicherheit gefährdeten, anderer, die den gänzlichen Ruin ihrer Familien und die Fortpflanzung des Säuferelends auf die Kinder verursachten, wieder anderer, die durch Gewalttätigkeiten und Bedrohung der Familienangehörigen sich gefährlich erwiesen, dazu, diese kranken Individuen in eine d a u e r n d e ärztliche Behandlung zu nehmen, deren Zweck körperliche Kräftigung, Heilung der schädlichen Folgen des Alkoholgenusses und möglichste Entwöhnung von dem Alkoholgenuß sein müßte.

Noch immer ist die Meinung verbreitet, daß jeder Trunksüchtige sich durch eigene Schuld in diesen Zustand versetzt hat, daß die Trunksucht eine moralische Schlechtigkeit darstellt, von der sich jeder frei machen kann, wenn er nur den „guten Willen" hierzu hat. Die nähere Kenntnis der Individuen, die von diesem schrecklichen Leiden befallen sind, lehrt jedoch, daß bei dem allergrößten Teil derselben solche Umstände vorliegen, die darauf hinweisen, daß der Mensch sich bei seiner Hingabe an den Trunk in einer unfreien Lage befand.

Entweder ist die Konstitution von Hause aus durch erbliche Anlage zur Trunksucht geschwächt, oder es liegen periodische geistige Störungen zu Grunde, die einen Hang zum Trunke herbeiführen, oder es hat eine erschöpfende Krankheit „Not und Elend" und Schicksalsschläge die Widerstandskraft des Menschen gebrochen. In allen diesen Fällen ist aber dem Menschen mit guten Lehren allein nicht gedient. Die in unsere Behandlung kommenden Bevölkerungskreise, die meist in die tiefsten Schichten der Gelegenheitsarbeiter gesunken sind, bedürfen zunächst einer längeren körperlichen Kräftigung und einer Wiedergewöhnung an anhaltende Arbeit, ehe die obigen Mittel eingreifen können. Es versagten somit für diese Fälle die Heilungseinrichtungen der hiesigen Hauptanstalt, die ja mehr und mehr ein klinisches Institut für hauptsächlich bettlägerige schwere Kranke geworden ist.

Dieser wachsenden Not kam nun die Erwerbung und Einrichtung der Filiale Köppern gerade zur rechten Zeit entgegen; ihre immer zunehmende Frequenz hat seitdem erwiesen, wie notwendig eine solche Station ist; ich lasse daher zunächst eine Statistik der daselbst behandelten Kranken folgen:

K r a n k e n b e w e g u n g
der F i l i a l e K ö p p e r n 1901/1906.

Eröffnung am 1. April 1901:

Zugang	37
Abgang	25
Bestand Ende März 1902	12

Behandlungsdauer im Durchschnitt:
3 Monate 13 Tage.

1902:

Zugang	33
Bestand und Zugang	45
Abgang	31
Bestand am 31. März 1903	14

Behandlungsdauer im Durchschnitt:
4 Monate 2 Tage.

1903:

Zugang	29
Bestand und Zugang	43
Abgang	26
Bestand am 31. März 1904	17

Behandlungsdauer im Durchschnitt:
5 Monate 8 Tage.

1904:

Zugang	42
Bestand und Zugang	59
Abgang	36
Bestand am 31. März 1905	23

Behandlungsdauer im Durchschnitt:
3 Monate 13 Tage.

1905:

Zugang	73
Bestand und Zugang	96
Abgang	72
Bestand am 31. März 1906	24.

Behandlungsdauer im Durchschnitt:
3 Monate 20 Tage.

Die Statistik, die sich natürlich nur auf Männer bezieht, da die Köpperner Anstalt zunächst nur für Männer eingerichtet ist, läßt zuerst erkennen, wie der Bestand an Kranken allmählich gestiegen ist, von anfänglich 7 Kranken bis auf 23—24 Kranke in den letzteren Jahren; die Vermehrung des Bestandes wurde ermöglicht durch den Bau eines Landhäuschens mit 14 Betten, das sich in einfachem Fachwerkbau, innen mit Gipsdielen ausgelegt, hübsch in die ländliche Umgebung einpaßt.

Im Frühjahr 1906 wurde der Bau eines zweiten solchen Landhäuschens genehmigt, nach dessen Fertigstellung die Bestandzahl sich abermals gehoben hat, und zwar jetzt auf 39 Kranke.

Ferner wuchs der jährliche Durchgang, der im letzten Berichtsjahr schon eine ansehnliche Höhe, nämlich 73 Aufnahmen, erreichte.

Im ganzen wurden vom 1. April 1901 bis 31. März 1906 aufgenommen 213 Kranke, von denen als gebessert entlassen wurden 124, als ungeheilt 64, letztere meist in die Hauptanstalt zurück und von da zum Teil in die Pfleganstalt Weilmünster, einer ist gestorben und 24 blieben zuletzt im Bestand.

Unter den Aufnahmen befanden sich nun: Alkoholisten 154, an Epilepsie, resp. Hysterie leidende 25, an andern Psychosen leidende 35.

Aus den einzelnen Jahren ist ersichtlich, daß namentlich im ersten Jahr eine etwas größere Zahl von Kranken, die an leichten Geistesstörungen litten, in die Filiale verlegt wurde; auch im letzten Jahr sind wieder einige Versuche hiermit von uns gemacht worden, meist auf Wunsch der betreffenden Kranken.

Die Resultate lassen jedoch erkennen, daß gerade von diesen Kranken die verhältnismäßig größte Zahl, nämlich 18 von 36, als ungeheilt entlassen, d. h. in die Pflegeanstalt verlegt werden mußte, da eine günstige Beeinflussung des Zustandes nicht zu erzielen war. Im einzelnen handelte es sich hierbei um leichte Fälle von Dementia praecox, Imbezillität und periodischer Psychose, wie sie in jeder Nervenanstalt zur Aufnahme kommen. Störungen sind durch diese Kranken nie vorgekommen.

Die 25 Epileptiker sind fast alle in gebessertem Zustand entlassen, zum Teil nach langer Behandlung, nur ein Fall ist in die Pflegeanstalt überführt, einige sind noch im Bestand.

Ehe wir nun die Resultate der Behandlung der Trunksüchtigen besprechen können, ist es notwendig, die Grundsätze, die bei deren Behandlung in Köppern sich entwickelt haben, darzulegen.

Die Bewegung der Kranken in Köppern ist eine vollständig freie, durch keinerlei äußeren Zwang gebundene; ein solcher läßt sich bei der Lage des Landgutes am Wald, der freien Lage aller Gebäude und dem völlig offenen Charakter derselben, endlich der mannigfachen Arbeitsverteilung auf dem großen Terrain gar nicht durchführen. Die Versetzung der Kranken in diese Verhältnisse mußte daher eine vollkommen freiwillige sein, es wurden nur solche Kranke dorthin versetzt, die freiwillig erklärten, sich in Köppern einige Wochen bis Monate aufhalten zu wollen und sich dort der vorgeschriebenen Ordnung des Hauses zu fügen.

Die Bedingungen, denen sich der Patient zu fügen hat, sind:

1. völlige Abstinenz von geistigen Getränken,
2. Nichtverlassen des Anstaltsgebietes, außer mit besonderer Erlaubnis des Direktors,
3. unterschiedlose Beteiligung an allen notwendigen und dem Einzelnen zugeteilten Arbeiten.

Die Nichtinnehaltung einer dieser Vorschriften zieht sofortige Rückversetzung in die Hauptanstalt und event. Entlassung nach sich.

Das strenge Innehalten dieser Maßregel hat sich mehr und mehr als absolut notwendig erwiesen. In der ersten Zeit kam es öfters vor, daß Kranke um einen Sonntagsspaziergang baten, dann in einem benachbarten Dorfe einkehrten und sinnlos betrunken zurückgeholt werden mußten. Mehrmals ereigneten sich hierbei grobe Exzesse. Es ist darum die erste Aufgabe der Trinkerheilanstalt, die strengste Durch-

führung der Abstinenz, auch beim Personal, das sich ohne weiteres dieser Bedingung innerhalb des Anstaltsterrains gefügt hat. Ebenso ist die allgemeine Beteiligung an der Arbeit, die in ernster und ausgedehnter Weise durchgeführt wird.

Ein Teil der Kranken ist in der Landwirtschaft beschäftigt, ferner ist eine Anzahl von Kranken bei Viehfütterung und Pflege, andere bei Hausarbeiten und als Handwerker beschäftigt. Die wesentlichste Arbeitsgelegenheit bieten die großen Meliorationen, die noch auf Jahrzehnte hinaus sich erstrecken müssen. (Mehr als die Hälfte des aus zusammengekauftem Terrain bestehenden Gutes von etwa 32 ha Größe ist Wald oder wilde Heide, noch nie vom Pflug oder Spaten berührt.) Auch die übernommenen Felder waren nur oberflächlich bearbeitet. Die Arbeitskraft der Bauern hatte hier nicht mehr zugereicht, wo das vom Wildbach durchflossene Tal sofort in das Gebirge und den Wald übergeht. Aber der Boden ist nicht unfruchtbar, er besteht aus sandigem Taunuslehm mit Quarzitgeröllen und lohnt die sorgfältige Bearbeitung; so wurde alles Feld tief umrigolt, mit der Masse der herausgeförderten Steine der Bach eingedämmt, hinter den Dämmen im Tal neue Wiesen angelegt und an die Bearbeitung der Heide gegangen. Auch hier sind schon etwa 3 ha in fruchtbares, ertragreiches Feld verwandelt, aber freilich mit mühsamer und schwerer Arbeit, da der steinharte Boden in 50—70 cm Tiefe mit Pickel oder Hacke durchgearbeitet werden muß, um ihn für das Wachstum von Feld- und Gartenfrüchten, für Beeren- und anderes Obst geeignet zu machen.

Im nächsten Jahre nach dem Umarbeiten und nach guter Düngung bringt der Boden sowohl Roggen wie Kartoffeln, an besseren Stellen auch Rüben, Mais oder Klee.

Ferner wurden mehrere hundert Obstbäume und eine Menge Beerenobst, Ziersträucher und Zierbäume gepflanzt, und mit letzteren an geeigneten Stellen Anlagen in dem abwechslungsreichen Terrain geschaffen.

Die enorme Menge der herausbeförderten Quarzitgerölle hat weiterhin eine gute Verwendung gefunden zur Anlage fester Fuhrstraßen durch das ganze Gebiet, welche immer weiter geführt werden, so daß auch zur Anlage der künftigen Nervenheilanstalt alles bereit ist. (Die Projekte hierfür sind in Arbeit.)

Alle diese Arbeiten wurden von den Kranken unter Anleitung eines nicht zahlreichen Personals durchgeführt.

Ein Oberpfleger, der zugleich landwirtschaftlicher Verwalter ist, steht an der Spitze, ein Gärtner, zwei Pfleger, zu denen jetzt noch einer zugekommen ist, unterstützen ihn; außerdem ist vorhanden eine Wirtschafterin, die zugleich das Kochen besorgt, drei Küchen- und Waschmädchen, ein Schweizer, zwei Knechte.

Alle Reparaturen an Stiefeln, Kleidern und Wäsche werden von geeigneten Kranken und Personal ausgeführt.

Die Kost ist folgendermaßen aufgestellt:

Erstes Frühstück: Kaffee mit Milch, zwei Brötchen.
Zweites Frühstück: 90 g Wurst, oder 150 g Käse, oder 40 g Butter und Brot nach Belieben.
Mittagessen: Suppe, Fleisch (Ochsen- und Kalb- 250 g, Schweine- 200 g), Gemüse.
4 Uhr: Kaffee mit Milch, ein Brötchen, Brot nach Bedarf.
Abends: 100 g Wurst, dazu geröstete Kartoffeln, oder drei Eier, dazu Kartoffelsalat, grüner Salat etc., ferner 1/2 l Milch.
Brot für den ganzen Tag etwa 500 g.

Die Arbeitszeit ist im Frühjahr, Sommer und Herbst vorm. 7—12, nachm. 2—6 Uhr; im Winter vorm. 8—12, nachm. 2—5 Uhr.

Fragt man nun, in wie vielen Fällen diese Behandlung mit harter Arbeit, mit einer guten und besonders kräftigen Kost, mit geregelter Lebensweise eine völlige Heilung von Alkoholisten herbeigeführt hat, so sind die Fälle, in denen eine dauernde Heilung erreicht worden ist, verschwindend seltene; als Voraussetzung hierzu würde zu verlangen sein, daß der Kranke auch draußen abstinent geblieben wäre, das scheitert aber vorläufig noch an den Lebensbedingungen der Menschenklasse, der unsere Trinker angehören, denn die meisten derselben sind, wie gesagt, bereits auf der Stufe der „Gelegenheitsarbeiter" angekommen, meist ohne Kassenangehörigkeit, ohne Arbeitspapiere und öfters selbst ohne Invalidenkarte.

Hier handelt es sich stets um eine schon schwere moralische Schädigung, um völlige Widerstandsunfähigkeit gegen die Trunkverführung und die Unmöglichkeit, Geld zu etwas anderem als zum Trunk anzulegen, um Verachtung jeder regelmäßigen Lebensführung und die Unmöglichkeit, bei einer übernommenen Arbeit dauernd zu bleiben. Zu dieser inneren Veränderung tritt dann die schwierige äußere Lage der Arbeiterstufe, die als Gelegenheitsarbeiter bezeichnet werden. Sie haben meist keine feste Wohnung, sondern sind auf sogenanntes Logis bei Logiswirten, die gewöhnlich mit Schnapskneipen verbunden sind, angewiesen. Eine andere Kategorie, die Hundekotsammler, nächtigen in Ställen und die

letzte Stufe überhaupt den Sommer über im Freien. In keiner dieser Lagen ist von einer regelmäßigen Ernährung die Rede, vielmehr tritt hierfür der Schnaps ein.

Mit welcher verhängnisvollen Gewalt trotzdem dieses Leben die ihm verfallenen Alkoholisten anzieht, dafür führe ich nur ein Beispiel an.

Wir haben für einen Kranken, der wiederholt in Behandlung war und stets rückfällig wurde, ein Logis gemietet, das Essen auf eine Woche bezahlt und ihm Arbeitsgelegenheit verschafft. Schon am zweiten Tag verließ er die Arbeit, am andern Tag das Logis und die Eßgelegenheit und wurde wieder im Freien nächtigend und sich in Gesellschaft der Saufbrüder von Schnaps nährend vorgefunden.

Bisweilen ist es die Scham, die die Kranken nach dem ersten Rückfall abhält, zu anderen Menschen zurückzukehren, in anderen Fällen tritt schnell der Alkoholtaumel mit seiner Neigung zu Größenideen und Reizbarkeit ein, der die Kranken dann in jeder gesunden Umgebung unmöglich macht und sie auf ihresgleichen anweist.

Wie kann man nun diese Tiefgesunkenen, unter denen man bei näherem Zusehen noch recht viele arbeitstaugliche und arbeitswillige mit anständiger Gesinnung entdeckt, wieder auf eine höhere Lebensstufe heben?

Empfehlung der Abstinenz allein, auch wenn sie draußen durch Anschluß an eine Abstinenzgruppe zeitweilig zu erreichen wäre, tut es noch nicht.

Die Kranken, die sich hierzu suggerieren lassen, sind meist Schwachsinnige, die nach kurzem wieder umschlagen.

Auch fehlt hier in Frankfurt noch jede stärkere Abstinenzbewegung in Arbeiterkreisen.

Nach meinen Erfahrungen muß dem Leben in der Freiheit eine neue Aufbauung einer psychischen Persönlichkeit, eine Fähigkeit der Gebräuche von Pflicht und Rechten vorangehen.

Es kann sich daher nicht nur darum handeln, den Kranken in der Anstalt Pflichten, wie die oben angeführten, aufzuerlegen, er muß auch lernen, Rechte zu gebrauchen. So spärlich diese den Kranken in der Köpperner Anstalt bewilligten Rechte erscheinen, so ist doch das Recht der freien Bewegung und das andere, täglich seinen Austritt erklären zu können, ein großes, da es die freie Verfügung über die eigene Persönlichkeit bedeutet.

Außerdem wird dem Kranken ein wöchentliches Krankengeld von 30 Pfennigen gewährt, welches jedoch nicht zur Auszahlung gelangt, sondern jedem Kranken gutgeschrieben und bei seiner Entlassung gezahlt wird.

Jeder Entlassene hat dadurch einige Mark in der Hand, die ihn bis zur Erlangung von Arbeit vor Not schützen.

Wenn nun hiernach für unsere Fälle dauernde Heilung vorläufig nicht zu erreichen ist, so muß man mit einer gewissen Besserung und namentlich der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit zufrieden sein. Unter diesen Umständen sind die Resultate der Heilanstalt Köppern immerhin erfreuliche.

Es wurden im ganzen vom 1. April 1901 bis 31. März 1906 aufgenommen:

154 an chronischer Alkoholvergiftung leidende Männer; von diesen wurden entlassen als gebessert 92 = 60%, ungeheilt 44 = 28,4%, gestorben einer und im Bestand blieben 18.

Die Gebesserten haben sich seitdem großenteils außerhalb der Anstalt wieder als Arbeiter gehalten, und haben ihren Unterhalt wieder regelrecht erworben.

Die ungeheilt Entlassenen mußten meist nach der Hauptanstalt zurückversetzt werden, weil sie sich in die in der Anstalt gebotene Abstinenz nicht fügen konnten und sich, namentlich an Sonntagen, in benachbarte Dörfer entfernten, wo sie sich Alkoholexzessen hingaben.

Je nach ihrer Vergangenheit, ob sie nämlich gemeingefährliche Handlungen begangen hatten oder nicht, wurden dann diese Kranken der Pflegeanstalt (Weilmünster) überwiesen oder entlassen.

Als ungeheilt mußten auch solche Kranke bezeichnet werden. bei denen körperlich oder geistig schweres Alkoholsiechtum eingetreten war, von dem eine Besserung nicht erzielt wurde, da der Kranke sich zu früh der Behandlung entzog.

Bei der gegebenen Freiheit, seine Entlassung selbst zu fordern, kam dies öfters nach kurzem Aufenthalt vor, doch halte ich es unter allen Umständen für richtiger, die Kranken mit dieser Freiheit zu behandeln, als mit irgend welchem Zwang. Nur dadurch läßt sich ein gewisser Geist der Zufriedenheit erhalten, daß jeder Unzufriedene sofort weggehen kann, und die Lage, in die er sich dadurch versetzt, dient für ihn und für andere als die beste Belehrung.

So kamen denn auch öftere Wiederaufnahmen solcher, die freiwillig gegangen waren, und freiwillig zurückkehrten, vor, im ganzen bei 31 Alkoholkranken; 23 von diesen sind zum zweitenmal, 8 sogar dreimal aufgenommen.

Bei den letzteren ist meist nur geringe Besserung zu erzielen; die angeborene und erworbene Rast-

losigkeit ist hier meist schon zu groß, doch konnte auch hier in einigen Fällen allmählich wieder eine Besserung der Arbeitsfähigkeit konstatiert werden.

Die Behandlungsdauer der Köpperner Kranken betrug im Durchschnitt aller Behandelten:

	im Jahre	1901:	3 Monate	13 Tage,
	" "	1902:	4 "	2 "
	" "	1903:	5 "	9 "
	" "	1904:	3 "	13 "
und	" "	1905:	3 "	20 " .

Es ist sicher, daß eine längere Behandlungsdauer bessere Erfolge verspricht, so daß bei einem kleineren Wechsel der Kranken, die Verhältnisse im Jahre 1903 am günstigsten lagen. In den letzten zwei Jahren hat die Überfüllung der ganzen Anstalt wieder sehr zugenommen, durch die bei fortwährendem Nachschub wieder ein stärkerer Wechsel hervorgerufen wird. Es muß abgewartet werden, ob mit Vergrößerung der Köpperner Anstalt die Behandlungsdauer wieder zunehmen wird.

Der Unterhaltung der Kranken wurde durch Erbauung einer Kegelbahn sehr gedient; im Sommer bildete diese am Sonntag ein bevorzugtes Vergnügen und hält viele davon ab, die Anstalt zu verlassen. Im Winter ist es schwieriger, an den langen Abenden für Unterhaltung zu sorgen. Wir haben Scheibenschießen mit Luftgewehr an Sonntagen veranstaltet und möglichst für Unterhaltungsspiele gesorgt, doch bleibt darin noch zu wünschen übrig.

Im allgemeinen ist noch zu bemerken, daß Entmündigung von Trinkern nur selten vorkommt; in Köppern befanden sich nur drei Entmündigte. Der praktische Wert des Verfahrens ist gering, da mit Zwang hier überhaupt nur wenig ausgerichtet werden kann; der völlig unheilbare und gemeingefährliche Trinker gehört schließlich in die Pflegeanstalt.

Die Zahl der Bestraften war namentlich unter den Rückfälligen groß; man kann aber nicht sagen, daß diese Patienten ein anderes Verhalten gezeigt, oder einen schlechten Einfluß auf die anderen ausgeübt hätten.

Vielmehr war die Führung gerade vieler Bestraften in der vollen Freiheit eine vollkommen gute.

Die Praxis, einige Epileptische und leichtere Psychosen mit zwischen den Alkoholisten zu halten, hat nicht bloß keine Störungen hervorgerufen, sondern hat sich sogar als zu gewisser größerer Stabilität beitragend bewährt.

Die letzteren Kranken üben dadurch, daß sie keinen Alkoholdrang und dadurch nicht den Vagiertrieb haben, einen beruhigenden und zurückhaltenden Einfluß auf die Alkoholisten aus.

Man kann also wohl sagen, daß sich die Einrichtung der Trinkerheilanstalt in örtlich entfernter, ärztlich und verwaltungsmäßig enger Verbindung mit der Irrenanstalt durchaus bewährt hat.

Das wesentlichste würde für die Ergänzung der Anstalt eine Fürsorge für die Entlassenen sein, ein abstinent gehaltenes Heimatshaus im Zentrum der Stadt mit billiger Eß- und Schlaf-Gelegenheit und genügender Unterhaltungsmöglichkeit, um die Patienten anzuziehen und festzuhalten (Lektüre, Vorträge, musikalische Unterhaltung).

Wir hoffen, daß die Zukunft auch hierfür sorgen wird.

Über einige Grenzgebiete der Psychiatrie.

Von Direktor Dr. *Klinke* (Lublinitz).

Meine Herren! *)

Zwar hat es lange gedauert, bis es mir endlich möglich geworden ist, Sie hier zusammen zu berufen, aber nach dem alten Wort, daß das, was lange währt, auch gut wird, hoffe ich nun, meine Herren indem ich Sie begrüße, daß es nicht bei dem heutigen einzigen und kleinen Versuche, die oberschlesischen Juristen und Ärzte zu vereinigen, bleiben werde. Mein Vorgänger hatte ja bereits vor mehreren Jahren, kurz vor seinem Fortgange von hier, einen ähnlichen Versuch unternommen und teils Vorträge gehalten, teils andere dazu angeregt, und so gern ich seinem guten Beispiele bald gefolgt wäre, so war es mir doch bisher unmöglich. Endlich ergaben sich für mich neue Schwierigkeiten, da meine Absicht, gleich von Anbeginn die Angelegenheit auf eine breitere Basis zu stellen, mißlungen ist. Ich dachte mir näm-

*) Ansprache, gehalten am 16. März 1907 bei Eröffnung der 1. Sitzung der Vereinigung oberschlesischer Juristen und Ärzte in Lublinitz O.-S.

lich, nicht nur das Material der hiesigen Anstalt, sondern auch der übrigen oberschlesischen Irrenanstalten den juristischen Kreisen zugänglich zu machen und dann abwechselnd, nicht nur an diesen Anstalten, sondern insbesondere an den großen juristischen Zentren in Gleiwitz, Beuthen und Oppeln Versammlungen abzuhalten mit Referaten, Vorträgen und Demonstrationen, um einen lebhaften Meinungsaustausch auf dem interessanten Grenzgebiete zwischen Jurisprudenz und Medizin herbeizuführen.

Solche Versuche stehen ja nicht mehr vereinzelt da, denn wir haben heute die juristisch-psychiatrischen Vereinigungen in Hessen, in Dresden, in Göttingen, die viele Sitzungen bereits abgehalten haben. Weshalb, sagte ich mir, soll ein ähnlicher Versuch nicht auch bei uns in Schlesien, speziell in Oberschlesien gemacht werden? Wenn wir nun klein anfangen und uns zunächst auf Lublinitz beschränken, so wollen wir hoffen, was ich besonders ausspreche, daß nämlich unserm Vorhaben ein guter Fortgang beschieden sein möge!

Mancher Jurist oder Arzt wird vielleicht verwundert sein und besorgen, ein solches gemeinsames Zusammengehen von Juristen und Ärzten sei unnötig und bald würde es uns an Stoff mangeln, da die Themata alle längst erschöpft sind. Nun, meine Herren, ich habe flüchtig eine kleine Reihe von Themen zusammengestellt, aus der Sie ersehen können, wie an Themen gemeinsamen Interesses kein Mangel ist. Nehmen wir zunächst einmal mehr speziell psychiatrische Fragen, z. B. die klinische Behandlung der verschiedenen Formen geistiger Erkrankung, dann wieder mehr rein juristische Fragen, z. B. die Ehescheidung, den Pflegschaftsparagraphen, die Entmündigung, oder lassen Sie uns herantreten an die psychologischen Untersuchungsmethoden, die Psychologie der Aussage, die interessanten Arbeiten Sterns, oder an die Frage der Fürsorgeerziehung, die Behandlung der Schwachsinnigen — auch hier gibt es nicht nur Abhandlungen, sondern auch Zeitschriften, die der Erörterung dieser Fragen dienen sollen, bedient von Juristen, Ärzten, Pastoren und Pädagogen. Unser verehrter Kollege Bresler ist, wie Sie wissen, der Herausgeber der verdienstlichen Sammlung, die betitelt ist: „Juristisch-psychiatrische Grenzfragen", von der bereits eine ganze Anzahl Hefte, zu mehreren Bänden vereinigt, inzwischen erschienen ist. Die Lektüre dieser Sammlung, deren einzelne Hefte ich Ihnen herumgebe und die Ihnen jederzeit zur Verfügung stehen, sei Ihnen angelegentlichst empfohlen.

Gerade das neueste Heft von Groß, einem Verwandten des verdienstvollen Herausgebers des Archivs für Kriminalanthropologie, wird Ihnen so recht den Standpunkt klarlegen, den die Spitze der juristischen Bewegung gegenwärtig gegenüber der psychologischen Tatsachenforschung einnimmt. Und nun lassen Sie mich Ihnen noch kurz einige Themen nennen, die ich mir für weitere Vorträge zusammengestellt habe. Ich nenne Ihnen: 1. Die Krankenbewegung der Anstalt Lublinitz, 2. Die Einteilung der Geisteskrankheiten mit Demonstrationen, 3. Martyriologie der Anstalten, 4. Die Beobachtungskranken, 5. Über Halluzinationen, 6. Die sexuelle Frage unter Berücksichtigung der Arbeiten von Forel, Bloch, Freud, Bleuler, Ellis Havelok, Tarnowsky etc., 7. Der Schlesische Hilfsverein und die Hilfsvereine überhaupt, 8. Die Nervenheilstätten, 9. Sinnesgenüsse und Kunstgenuß, 10. Pathographie mit einzelnen Vorträgen über Ibsen, Nietzsche, Wagner, Dostojewski, Shakespeare, 11. Über irre Verbrecher, 12. Sachverständigengebühren, 13. Gehirn und Seele, 14. Aphasie und Geistesstörung, 15. Das Krankheitsbild der Apraxie, 16. Über Zwangsvorstellungen, 17. Die Stimmungsanomalien der Epileptiker, 18. Familienpflege, 19. Alkoholismus, 20. Über Jugendirresein, 21. Über Willensfreiheit, 22. Über die Erblichkeit usw. Es bleiben daneben noch Fragen über Blutuntersuchungen, Daktyloskopie, Intelligenzprüfung, über die Unfall- und Invalidenversicherung u. dgl. Sie sehen, eine große Reihe von Themen, über die wir uns verständigen können und tiefer instruieren wollen durch gegenseitigen Meinungsaustausch. Hier mag jeder Fragen aus der Versammlung heraus stellen, oder jeder seiner Neigung folgend irgend ein Gebiet sich speziell zum Vortrage aussuchen; Theorie und Praxis mögen dabei stets Hand in Hand gehen und gerade die gefürchtete Einseitigkeit, der die einzelne Disziplin so leicht verfallen kann, wird durch die Anregung von der andern Fakultät, wie ich hoffe, korrigiert und behoben werden, so daß wir insgesamt nur Nutzen erhoffen können, sowohl für unsern kleinen Kreis, wie dann auch für weitere Kreise.

Lassen Sie mich nun, m. H., aus der großen Stofffülle ein Gebiet flüchtig umgrenzen, dem ich insbesondere in meinen Mußestunden in den letzten Jahren ein reges Interesse entgegengebracht habe. Das sind die Beziehungen der Psychiatrie zur schönen Literatur und ihren Koryphäen, ein Gebiet, das man heute vielfach bearbeitet findet, nicht nur von medizinischer, sondern auch von juristischer Seite. Die Philologen freilich sind uns darüber z. T. sehr böse geworden, indem sie hierin einen Eingriff in ihre Domäne erblickten, uns Dilettantismus vorwarfen und darüber höhnten, daß man es wagen wollte, die

Dichter mit wissenschaftlich-kritischer Lupe zu prüfen. Mit Unrecht, m. H., denn die Freude am Genuß steigt, wie ich glaube, auf allen Gebieten, je mehr man sich in die Motive vertieft. Ob der Dichter in seinen Werken mehr oder weniger dem juristischen oder psychiatrischen Sachverständigen Genüge leistet, darauf mag es nicht ankommen, ich meine aber, die Freude am Genuß steigert sich vielleicht doch noch, wenn man prüft und sieht, wie wahr, wie echt nach dem Leben der Dichter irgend ein heikles Problem der Dekadenz, der Moral, der Jurisprudenz oder irgend eines Grenzgebiets dargestellt hat, wie sehr seine Figuren der Wirklichkeit entsprechen. Ich denke an Shakespeare, z. B. an seine Verbrechertypen oder die Narren, die er so vortrefflich geschildert hat, an Falstaff, ohne weitere Einzelheiten zu erwähnen, und weise hin auf die Bücher von Köhler und Mönkemöller, die neuerdings hierüber verschiedenes zusammengetragen haben. Nun hat man sich aber nicht nur mit den Werken der Dichter, sondern auch mit deren Leben selbst beschäftigt, und solche Biographien aus ärztlicher Feder finden Sie bereits in großer Anzahl, wobei ich erwähnen will, daß ich ebenfalls die Zahl dieser Bücher noch um eins über E. T. A. Hoffmann vermehrt habe, über den ich dann noch ein paar Worte sagen will. Wir haben Werke über Nietzsche, über Wagner, über Zola und Maupassant, über Tolstoi und Ibsen, über G. Hauptmann, Lenau, E. A. Poe, Heinrich Heine, Coleridge, Dostojewski und Flaubert, über Schumann und Scheffel, auch über Goethe, Schopenhauer und Rousseau. Ich mache Sie besonders aufmerksam auf eine Abhandlung von Wolf über Psychiatrie und Dichtkunst, auf eine Broschüre von Lange über Sinnesgenuß und Kunstgenuß, auf die kleine Arbeit über Heine von Rahmer, auf die neuen Abhandlungen Wulffens über Rose Bernd, Schillers Räuber, Ibsens Nora, auf die Urteile Kluges und Forels über Maupassant, die Abhandlungen van Vleutens, von Mönkemöller und insbesondere die verschiedenen Arbeiten von Möbius, dem soeben verstorbenen Leipziger Neurologen. Er hat eine ganze Reihe interessanter Monographien uns geschenkt, über Rousseau zuerst, dann über Schopenhauer und Goethe, zuletzt über Schumann und Scheffel, und nur nebenbei will ich erwähnen, daß auch die anderen Arbeiten von Möbius über Gall, über die Geschlechtsunterschiede, über Nervenheilstätten, über Kunst und Künstler sehr wohl der Mühe lohnen, in unserm Kreise besprochen zu werden.

Trotz der s. Z. abfälligen Kritik, die gerade die Bücher von Möbius erfahren haben, sind sie doch anderseits als verdienstlich anerkannt worden und sie haben in der Tat, wie ich glaube, manches Vorurteil beseitigt und manche Klarstellung gegeben. In ähnlicher Weise habe ich vor einigen Jahren in meinem kleinen Buche über E. T. A. Hoffmann darzulegen gesucht, wie man aus den Werken den Dichter und umgekehrt aus seinem Leben seine Werke verstehen und würdigen könne. Gerade Hoffmann, der ausgezeichnete Maler, Musiker, Dichter und Jurist, war auch in psychiatrische Probleme tief eingedrungen und, mit Irrenärzten befreundet, hatte er Geisteskranke in der Zelle studiert — bei der Lektüre seiner Elixire des Teufels finden wir in interessanter Weise Wesen und Affekte Geisteskranker geschildert und der Fachmann kann aus der Art der Wiedergabe entnehmen, wie tief die Fachkollegen damaliger Zeit bereits in Probleme eingedrungen waren, die manche Psychiater der neuesten Zeit erst entdeckt zu haben glauben. Gerade an der Hand der Werke Hoffmanns konnte ich nachweisen, wie vorsichtig man doch mit sog. neuen Entdeckungen und Prioritätsansprüchen sein muß, da die Irrenärzte z. Z. Hoffmanns schon viele Krankheitsbilder in scharfer Weise klinisch gut beobachtet haben und wenn auch nicht in absolut sklavischer Art, so doch mit möglichster Anlehnung an die Wirklichkeit hat Hoffmann seine fantastischen Figuren gezeichnet, so daß wir die Naturwahrheit und klinische Richtigkeit seiner Gestalten wieder erkennen.

Zum Schluß lenke ich Ihre Aufmerksamkeit noch auf ein vor kurzem erschienenes Buch von Mönkemöller, das eine Fülle interessanter literarischer Zusammenstellungen enthält und bei seiner Reichhaltigkeit und der glücklichen humoristischen Stimmung, mit der es abgefaßt ist, Ihnen viel Anregung und Vergnügen bereiten wird.

Mit diesen kurzen Andeutungen und kleinen Streifzügen in das weite Gebiet der Pathographie will ich mich für heute begnügen, hoffe aber in weiteren Vorträgen eingehender auf einzelne literarische und künstlerische Erscheinungen und ihre Schöpfer zurückkommen zu können.

Beitrag zur Kenntnis des Myxödems.

Von *Dr. Schröder*, Assistenzarzt der Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen.

(Fortsetzung.)

Daß unser Fall in jeder Hinsicht klinisch kontrolliert wurde, mag daraus ersehen werden, daß mit ständigen Blut- und Kontrollblutuntersuchungen jeweils auch Harnstoffbestimmungen vorgenommen wurden. Von letzteren folgendes:

Die Durchschnittsausscheidung von Harnstoff betrug 16,4281, blieb also unter der Normalziffer 23,33 wesentlich zurück, was nach den Beobachtungen von Castellino direkt schon auf eine bestehende Haemolyse schließen läßt.

Die therapeutischen Eingriffe beeinflußten den Stoffwechsel stets in erwartetem Sinne, z. B.

Vor Venaesektio:	19,0308.
Nach derselben:	24,5606.
Vor Venaesektio:	14,7880.
Nach derselben:	16,9692.
Vor Frottierbad:	14,1450.
Nach demselben:	12,9876.
1 Stunde post:	16,3311.
Vor heißem Bade:	17,5870.
Nach demselben:	18,9692.

Impfversuche mit defribiniertem Blut wie Blutserum des Pat. an Tieren blieben resultatlos.

Unseren Zweck aber erzielten wir bei unserer Therapie in jeder Hinsicht: Das Blutserum wurde vermehrt, ebenso die Zahl der Erythro- und Leukocyten, der Haemoglobingehalt stieg von 67% auf 83%, bei den Erythrocyten verschwanden die Degenerations- und Regenerationserscheinungen, die Gerinnbarkeit kehrte zur Norm zurück und das wichtigste, auf Grund der so erlangten physiologischen Erfolge änderte sich sichtbar das Gesamtbild des Krankheitszustandes.

Die glasige Spannung der Haut an Kopf, Hals, Rumpf und Extremitäten ließ schrittweise nach, damit gingen auch die Umfangsmaße zurück:

Oberarm	R	von 28 auf $24^1/_2$ cm,
	L	von 29 auf 24 cm,
Unterarm	R	von 26 auf $24^1/_2$ cm,
	L	von 27 auf 24 cm,
Hand		von $21^1/_2$ auf $20^1/_2$ cm.

Die Funktionsfähigkeit der Extremitäten stieg langsam bis zur Norm, kurzum, Pat. war nach etwa viermonatlicher Behandlung soweit, daß mein verehrter Chef ihn in der Med. Naturw. Gesellschaft zu Jena geheilt vorstellen konnte.

Die Fragen aber, die vorstehende Erfahrungen uns vorlegten, waren:

1. Ist die Beteiligung der Thyreoidea beim Myxoedem notwendig, bezw. besteht eine Identität zwischen Myxoedem und Cachexia thyreopriva?

2. Wie sind auf dem Boden einer Theorie des haematogenen Myxoedems seine Symptome zu erklären?

3. Wie erklärt sich die Wirkung der Thyreoideapräparate?

Wir verfügen in der so ungemein reichen Myxoedemliteratur nur über 15 klinisch vollständige Sektionsprotokolle. In sechs Fällen, also in nur 40% fand man die Thyreoidea verkleinert, atrophisch, hart, fibrös, ohne feine Struktur! Nehmen wir dazu die Mitteilung Brissauds, er habe bei erwachsenen Menschen überhaupt keine normale Schilddrüsen, sondern stets Bindegewebshypertrophie finden können, so dürfte uns dies zu denken geben. Als Beweis dafür, daß die Thyreoidea die Ausgangsstelle des Myxoedems bildet, wird nun stets die Analogie dieser Erkrankung mit der Cachexia thyreopriva angesehen.

Ob diese de facto besteht, möchte ich anzweifeln. Die s. Z. tagende Myxoedemkommission erklärte Myxoedem, sporadischen Kretinismus und Cachexia thyreopriva für wahrscheinlich identisch. Ewald meint, hiermit könne man sich in vollem Umfange einverstanden erklären, wenn man das Wörtchen „wahrscheinlich" fortlasse und begründet seine Ansicht mit den therapeutischen Erfolgen der letzten Zeit. Und doch sind diese durchaus nicht so beweiskräftig.

Die Versuche von Stabel (B. kl. W.) mit Jodothyrin und Thyraden an thyreoidektomierten Hunden zeigten, daß man die Folgeerscheinungen nach der Schilddrüsenexstirpation nicht einfach durch Einführung eines aus Schilddrüsen hergestellten Präparates aufhalten kann; sämtliche Versuchstiere starben, obwohl nach der Thyreoidektomie sofort Jodothyrin und Thyraden angewandt wurden. Auch Wormsers Versuche (Arch. f. d. ges. Phys. Bd. 67) zeigen, daß nach Schilddrüsenexstirpation weder durch Verabreichung von Jodothyrin, noch von den durch Essigsäure fällbaren Eiweißkörpern, noch durch die basischen Gifte der Schilddrüse, noch durch andere Jodpräparate die Cachexie aufzuhalten ist. Dazu ergaben seine Versuche einen thyreoidektomierten Hund, der völlig gesund blieb. Ähnliches berichtet

auch Pugliese (Arch. f. ges. Phys. LXII. 5 u. 6, p. 305; 1898). Wenn man nun Wormser etwa entgegnen wollte, bei seinem gesund gebliebenen thyreoidektomierten Hunde müsse doch noch ein verborgener Rest Thyreoidea stehen geblieben sein, so vergleiche man damit die Erfahrungen von Palleske (D. M. W. 1896, No. 7), der nur einen Teil der Schilddrüse exstirpierte und doch eine Cachexia thyreopriva erreichte. Ob nun der Berliner Physiologe Munk im Recht ist, wenn er die chronische Ernährungsstörung der schilddrüsenlosen Tiere lediglich als Gefangenschaftscachexie ansieht, die auch bei nicht operierten Tieren vorkommen könne, möge zunächst dahingestellt sein.

So einfach scheint die Frage auf dem experimentellen Wege nicht zu lösen. Für mich war aber die klinische Beobachtung maßgebend, die Identität von Myxoedem und Cachexia thyreopriva anzuzweifeln, daß wir bei beiden in der Leukocytenzahl einen wesentlichen Unterschied finden: bei Myxoedem eine Leukopenie, bei Cachexia thyreopriva eine Leukocytose, welch letztere namentlich in den Berichten von Dr. W. T. Pokrovsky (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. V 4, et 5, p. 319, 1897) und Dr. E. Formánek und Dr. L. Haskovec (Klin. Zeit- und Streitfragen IX, 3 u. 4. Wien, 1895) hervorgehoben und genauer beschrieben ist, ebenso wie Postoeff nach Thyreoidektomie neben der, beiden Krankheiten angehörigen Verminderung der Erythrocytenzahl, des Haemoglobingehalts, des spezifischen Gewichts und Stickstoffgehalts von Blut und Serum stets eine Leukocytenzunahme beobachten konnte.

Nebenher geht die nicht abzuleugnende Tatsache, daß Myxoedem durch Thyreoideapräparate vorzüglich beeinflußt wird, Cachexia thyreopriva jedoch nur in geringem Maße. Endlich weisen auf einen tiefergehenden Unterschied beider Krankheitsformen die Untersuchungen von Langhans hin, die zwischen dem von Ewald nebeneinander gestellten Myxoedema operativum und dem Kretinismus wesentliche Unterschiede in den Knochenbefunden ergaben.

All dieses scheint doch mit Sicherheit darauf hinzuweisen, daß wir zwischen Cachexia thyreopriva und Myxoedem scharf unterscheiden müssen und nicht so ganz berechtigt, ersteres auch als Myxoedema operativum zu bezeichnen, vielmehr den jüngst von Kassowitz streng geschiedenen Formen des Myxoedems, Mongolismus und Mikromelie noch ein operatives Myxoedemoid angliedern müssen.

Was nun die Funktion, bezw. die Beteiligung der Thyreoidea selbst betrifft, so sind wir gleichfalls nicht berechtigt, hier die primäre Ursache des Myxoedems zu suchen. Jedenfalls liegt die Sache nicht so einfach, wie L. Revilliod in seiner Arbeit „Le thyreoidisme et le thyreoprotéidisme et leurs équivalents“ (Revue méd. de l. Suisse rom. XV. 8, p. 413) sie darstellt. Nach ihm liefert der Stoffwechsel des Körpers beständig das Albuminoid „Thyroproteid“, das in der Schilddrüse aufgespeichert, neutralisiert, ausgeschieden wird dank dem Enzym „Thyroidin“. Die Gesundheit beruhe darauf, daß beide Stoffe in der rechten Weise und Menge gebildet würden. Entstehe in den Geweben zuviel Thyroproteid, oder fehle es an dem Produkte der Schilddrüse, dem Thyroidin, so entstehe der type myxoedéme, d. h. die Krankheit Myxoedem oder ihr verwandte krankhafte Zustände; fehle es an Thyroproteid oder sei Thyroidin im Überschusse vorhanden, so erscheine der type Basedow, d. h. Morbus Basedowii oder seine formes frustes. — Selbst Eulenburg (D. M. W. 1895, No. 40) sagt klar heraus: „Basedow und Myxoedem in einfachen Gegensatz zu stellen ist nicht zulässig, zumal dem vorausgegangenen Basedow oft ein Myxoedem gefolgt ist.“ Hat doch auch Campbell Gowan in fünf bis sechs Basedowfällen sich Myxoedem entwickeln sehen, berichten uns doch Félix-Paris und W. Pasteur (Transact. of the clin. Soc. of London, XXXI. p. 305, 1898) von je einem Fall, der gleichzeitig an Myxoedem und Basedow erkrankt war.

In einer Jodverbindung der Schilddrüse das „entgiftende“ Agens anzunehmen, ist sehr diskutabel. Ist doch das Jod nicht Privateigentum der Thyreoidea; Dr. Otto Lanz wies in den Ovarien organisches Jod nach (Berl. klin. W. XXXV, 17, 1898), Hutchinson stellte aus der Thymus ein Jodnukleoalbumin dar, was nicht zu verwundern ist, fand doch Gautier (Acad. des Sciences 6. Aug. 1900) in jedem Blut Jod und zwar 25 mg pro kg, im Menstrualblut sogar die $4^1/_2$ fache Menge! Selbst die als spezifisch angenommene Verbindung Thyreojodin konnte von Julius Schnitzler und Karl Ewald (Wien. klin. Wochenschrift No. 29) auch in der Hypophysis nachgewiesen werden, wohingegen Baldi die regelmäßige Anwesenheit von Brom in der Thyreoidea konstatieren konnte.

(Schluss folgt.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VI.

Aus der Literatur des Jahres 1906 zusammengestellt

von Professor Dr. *Ernst Schultze.*

(Fortsetzung.)

§ 828.

Wer außerstande ist, die Gefahr zu erkennen, verletzt nicht die im Verkehr erforderliche Sorgfalt, wenn er sie bei seinem Handeln außer acht läßt. Aus dem festgestellten Sachverhalt ist nun nicht ersichtlich, daß der erst achtjährige Kläger imstande gewesen ist, die Möglichkeiten zu erkennen, die seinen Lauf über das Gleis, der ihn regelmäßig rechtzeitig hinüberbringen mußte, im Einzelfalle unterbrechen konnten. Das Berufungsgericht hat ohne Rechtsirrtum annehmen können, daß der Kläger das Hängenbleiben an der Schiene nicht hat voraussehen können, und hat er, nach dem Maße seiner Einsicht, die Gefahr, daß er zu Fall komme, nicht voraussehen können, so hat er sich ihr nicht bewußt ausgesetzt. Die Fahrlässigkeit des Klägers ist bei solcher Sachlage mit Recht verneint. (R. G. 18. Okt. 1906.) J. W. pag. 747.

§ 828. Abs. 2.

Dem deliktsfähigen Kinde, das eine schädigende Handlung begangen hat, obliegt die Behauptungs- und Beweispflicht, daß ihm bei Begehung der Tat die vom Gesetz erforderte Einsicht gefehlt habe. (R. G. VI. 31. Mai 1906.)

D. R. pag. 1135. Entsch. Nr. 2601.

§ 831.

Der Geschäftsherr muß bei der Auswahl der Personen, die er zu einer Verrichtung bestellt, prüfen, einmal, ob diese die hierzu erforderlichen körperlichen und geistigen Fähigkeiten haben, und sodann, ob es Leute sind, von denen er mit Grund erwarten darf, daß sie die ihnen zu übertragenden Arbeiten mit der erforderlichen Sorgfalt ausführen werden; der Geschäftsherr muß dementsprechend dartun, daß er die von ihm ausgewählten Personen als zu der von ihnen zu leistenden Verrichtung befähigt und als zuverlässig habe ansehen dürfen. . . . (R. G. VI. 18. Dez. 1905.)

J. W. pag. 113.

§ 831.

Die Verantwortlichkeit des Geschäftsherrn für die Verrichtung des hierzu Bestellten wird nicht durch die Möglichkeit aufgehoben, daß trotz der Beobachtung der ihm obliegenden Sorgfalt der Schaden entstanden sein könnte. Befreit wird er vielmehr nur durch den Nachweis, daß der Schaden auch bei Anwendung dieser Sorgfalt entstanden sein würde. Nur die Unabwendbarkeit des Schadens befreit von der Verantwortung. Die Einfachheit der übertragenen Arbeit entbindet nicht von der Prüfung des zu einer Verrichtung Bestellten bei der Auswahl. Es kommt nicht bloß auf die Fähigkeit des Angestellten zur entsprechenden Vornahme der Verrichtung, sondern auch in gleicher Weise auf die Verlässigkeit desselben an. (R. G. VI. 25. Jan. 1906.)

D. R. pag. 376. Entsch. Nr. 936.

§ 831.

Für den Entlastungsbeweis des § 831 kommt es allein darauf an, ob der Geschäftsherr bei der Bestellung des andern zu der konkreten Verrichtung die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet hat. (R. G. VI. 8. Febr. 1906.)

D. R. pag. 620. Entsch. Nr. 1481.

§§ 831. 276.

Entlastungszeugen sind sachverständige Zeugen, es ist daher nicht die Angabe einzelner Tatsachen als Beweisthema erforderlich. (R. G. VI. 27. Sept. 1906.) D. R. pag. 1376. Nr. 3295.

§§ 843. 844. Z. P. O. 323.

Es ist nicht zulässig, dem bei einem Unfall Verletzten als Entschädigung für verminderte Erwerbsfähigkeit eine Rente ohne Bestimmung darüber zuzusprechen, wie lange sie gezahlt werden soll. (R. G. IV. 27. November 1905).

D. R. pag. 1261. Nr. 3039.

§§ 1297 ff.

Als ein wechselseitig gegebenes und angenommenes Versprechen ist die Verlobung unter den Begriff des Vertrages zu bringen. Die Vorschriften des B. G. B. über Rechtsgeschäfte sind anzuwenden, ein Minderjähriger bedarf also zum Verlöbnis der Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters. (R. G. IV. 21. September 1905.)

D. R. pag. 303. Entsch. Nr. 708.

§§ 1297. 107.

Das Verlöbnis eines Minderjährigen erfordert die Genehmigung des gesetzlichen Vertreters. (O. L. G. Darmstadt. 25. Okt. 1905).

D. R. pag. 1137. Entsch. Nr. 2621.

§ 1333.

Nur ein dauerndes Unvermögen könne aber einen Anfechtungsgrund bilden. . . . . Für die Frage, ob der geltend gemachte Anfechtungsgrund geeignet ist, die Nichtigkeitserklärung der Ehe zu rechtfertigen, kommt es grundsätzlich darauf an, ob dieser Anfechtungsgrund zur Zeit der Erhebung der Anfechtungsklage gegeben ist. Spätere Änderungen könnten demgegenüber an sich nicht in Betracht kommen. Denn mit dem Zeitpunkt der Erhebung der Anfechtungsklage tritt die allgemeine Rechtswirkung ein, daß die Ehe als nichtig anzusehen ist, und das demnächst ergehende Urteil wirkt nur deklaratorisch. Nur durch Rücknahme der Klage oder Bestätigung der Ehe wäre diese Rechtswirkung rückgängig zu machen. (R. G. IV. 5. Febr. 1905.) J. W. p. 167.

§§ 1333. 1568.

Ein dauerndes auf Impotenz beruhendes Beischlafsunvermögen rechtfertigt die Anfechtung gemäß § 1333, nicht aber die Scheidung, wenn es an einem subjektiven Verschulden des betreffenden Ehegatten fehlt. (O. L. G. Zweibrücken. 8. Nov. 1905.)

D. R. pag. 938. Nr. 2242.

§ 1339.

Eine „Entdeckung“ des Irrtums des anfechtungsberechtigten Ehegatten über die im § 1333 B. G. B. näher bezeichneten persönlichen Eigenschaften des anderen Ehegatten liegt nicht schon bei einer bloßen unbestimmten Vermutung des Anfechtungsberechtigten, sondern erst dann vor, wenn er von seinem Irrtum überzeugt ist und (da er seinen Irrtum im Bestreitungsfalle nachweisen muß) sich im Besitz so triftiger Gründe und Beweismittel für seine Überzeugung befindet, daß er auf sie mit Aussicht auf Erfolg die Anfechtungsklage stützen kann. (O. L. G. Colmar. 22. Dez. 1905.) D. R. pag. 53. Entsch. Nr. 44.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Zwecks Besprechung aktueller und wichtiger Fragen der gerichtlichen Medizin, besonders der gerichtlichen Psychiatrie, ist am 16. März in der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Lublinitz O.-S. eine **Vereinigung von Juristen und Aerzten** begründet worden, nach dem Vorbilde ähnlicher Vereinigungen in Sachsen, Hessen, Hannover, Württemberg usw. Direktor Dr. Klinke, der die Versammlung einberufen hatte, skizzierte in einem einführenden Vortrag (siehe Original dieser Nr.) die Beziehungen der Psychiatrie zu einzelnen Grenzgebieten und wies im Anschluß daran auf Zweck und Ziel solcher Versammlungen und gemeinsamen Aussprachen zwischen Psychiatern und Juristen hin. Kreisarzt Dr. Frey betonte die Wichtigkeit solcher gemeinsamen Aussprachen auch hinsichtlich der Begutachtung bei Rentenanträgen und berichtete unter Vorlage von Photographien über einen durch Unfall beider Hände beraubten Invaliden, der durch Übung der an den Armstumpfen erhalten gebliebenen Muskeln — und zwar aus eigenem Antriebe ohne Behandlung in einem medico-mechanischen Institut — eine außerordentliche Gewandtheit erreicht hat, sodaß er sich noch jetzt, trotz hohen Alters, einen Tageslohn von 1,60 M. als Chausseearbeiter verdient, ein Fall, der manchen willensschwachen Rentenschindern als nachahmenswertes Beispiel vorgehalten werden sollte. Oberarzt Dr. Bresler sprach über die verschiedenen Formen auf pathologische Weise zu Stande gekommener Anschuldigung und suchte dabei eine Reform des § 164 St. G. B. zu begründen. — Es wurde beschlossen, die Sitzungen alle Vierteljahre zu wiederholen.

— **Verein der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens.** 42. Versammlung am 4. Mai 1907, nachmittags 2 Uhr in Hannover, Lavesstrasse 26. Tagesordnung: 1. Bruns-Hannover: Beiträge zur Hirn- und Rückenmarkschirurgie. 2. Cramer-Göttingen: Über Hirncysticerkus. 3. Grimme-Göttingen: Prophylaxe von Hausepidemien in der Anstalt. 4. Tintemann-Göttingen: Querulatorische Psychose im Zusammenhang mit der Invalidenversicherung. 5. Bolte-Ellen (Bremen): Associationsversuche als diagnostisches Hilfsmittel. 6. v. Nießl-Osnabrück: Thema vorbehalten. Nach der Sitzung findet um 6 Uhr in Kastens Hotel (Georgshalle) ein gemeinsames Essen statt. Der Vorsitzende.

Gerstenberg-Hildesheim.

Personalnachrichten.

— **Pommern.** Der seitherige Assistenzarzt bei der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Lüneburg, Dr. Gerstenberg ist vom 1. April d. Js. ab als Assistenzarzt bei der Provinzialheilanstalt zu Lauenburg i. Pom. angestellt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 5. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft in Stärke von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

2. Oberpflegerin

an die brandenb. Prov.-Anstalt für Epileptische zu Potsdam hauptsächlich auch zur Pflege und Erziehung epilept. Mädchen zu sogleich oder bis 1. Juli gesucht. Freie Station. Anfangsgehalt 600 M. Meldungen mit Lebenslauf und Photographie an den Direktor.

An der Prov.-Heil- u. Pflegeanstalt zu Osnabrück ist eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Gehalt neben freier Station im ersten Jahre 1800 M., im zweiten 2000 M., im dritten 2200 M. Nach dreijähriger zufriedenstellender Dienstzeit Anstellung als pensionsberechtigter Abteilungsarzt mit einem Gehalte von 3200 bis 4800 M. (alle drei Jahr um 300 M. steigend). Ausserdem erhalten die Abteilungsärzte, wenn sie verheiratet sind, freie Familienwohnung, Feuerung, Licht u. Garten oder statt dessen eine Entschädigung v. 1000 M.; wenn sie unverheiratet sind, freie Wohnung, Feuerung und Licht. — Die Oberärzte erhalten neben freier Wohnung, Feuerung u. Licht 4600—6000 M. Meldungen mit Lebenslauf an die Direktion.

Dr. Schneider.

An der **Königl. Sächs. Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke** zu **Grosschweidnitz bei Löbau** wird für **1. Juli 1907** ein

Hilfsarzt

gesucht. Psychiatrische Vorbildung nicht erforderlich, aber erwünscht. Anfangsgehalt ohne Nebenbezüge 2400 M.

Gesuche mit Lebenslauf und Zeugnissen einzusenden an die Königl. Anstalts-Direktion.

Die Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka bei Gnesen sucht zum 1. Mai d. Js. oder später einen

Assistenzarzt.

Anfangsgehalt 2400 M. bei freier Station I. Klasse. Nach fünfjähriger Dienstzeit der Regel nach Anstellung auf Lebenszeit als Anstaltsarzt mit einem Gehalt von 3300 bis 5300 M. neben Dienstwohnung oder dem tarifmäßigen Wohnungsgeldzuschuß und Pensionsberechtigung.

Bewerbungsgesuche mit Lebenslauf, ärztlicher Approbation und etwaigen Zeugnissen im Original oder in beglaubigter Abschrift werden an die Anstaltsdirektion erbeten.

Im Ctr. des vornehmsten W. Vorortes von Berlin, ist ein mit der **Konzession zum Betriebe einer Irrenanstalt** versehenes Grundstück (geeignetes Anstaltsgebäude mit grösserem Park) **baldmöglichst** unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre: **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

Dr. med. Lots Kuranstalt
f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. A. **Friedrichroda** i. Thür.
Spez.-Behandl. bei Kongestion. Kopfschmerz. Neuralgien.

Détert's Durit

					(847 a)
Durit-Eisbeutel, rund	18,3	20,9	26,2	cm	
	2,35	2,60	3,45	Mk.	
Durit-Luftkissen, rund	36,6	39,2	41,8	cm	
	11,—	12,50	14,—	Mk.	

Rudolph Détert, Berlin NW., Karlstrasse 9.

Dormiol

Billiges, prompt wirkendes **Schlafmittel** in Dosen von 0,5—3,0 gr. Gut bekömmlich, **keine Nebenwirkungen** beobachtet. Dem **Chloralhydrat** an **Wirkung gleich ohne dessen Nachteile.**

Dormiol-Kapseln zu 0,5 gr.

Crurin	Bismutose	Orexin
Streupulver. Antisepticum und Adstringens zum äusserl. Gebrauch.	bewährtes Adstringens und Protectivum.	echtes Stomachicum **Orexin-Tabletten** und **Orexin-Chocol.-Tabletten.**

Litteratur durch: **Kalle & Co. A.-G., Biebrich a. Rh.**

BROMURAL

α-**Monobromisovalerianylharnstoff.**

Ein neues Nervenberuhigungs- u. Schlafmittel.

Fast geschmackfrei, geruchlos und ohne Nebenwirkung. 959

Indikation: Leichte, nervöse Schlaflosigkeit, Hysterie, Neurasthenie etc.

Dosis: 2 Tabletten à 0,3 g. Originalröhrchen zu 20 Tabletten à 0,3 g.

Literatur und Proben kostenlos.

Knoll & Co., chem. Fabrik, Ludwigshafen a. Rhein.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 5. 27. April. 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Beitrag zur Kenntnis des Myxödems.

Von *Dr. Schröder*, Assistenzarzt der Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen.

(Schluss.)

Endlich liefert uns die Theorie eines thyreogenen Myxoedems bislang keinerlei Erklärung für die pathologisch-anatomischen Befunde. Ich habe hierbei zunächst nicht Veränderungen der Thyreoidea selbst im Auge, da ich die Angabe Brissauds, er habe bei erwachsenen Menschen überhaupt keine normale Thyreoidea finden können, als richtig annehme, sondern zunächst die Frage, woher stammt das Mucin? Mit der Antwort, das Mucin ist ein Stoffwechselprodukt, ein Nukleoalbumin, ist uns in keiner Weise gedient.

Aus vorigem dürfte nun doch wohl folgendes hervorgehen:

1. Myxoedem und Cachexia thyreopriva sind nicht identisch;
2. die Auffassung, daß die Schilddrüse als entgiftendes Agens wirkt, ist durchaus anfechtbar;
3. Thyrojodin, bezw. Jodgehalt überhaupt ist der Thyreoidea nicht allein eigentümlich;
4. ist es fraglich, ob bei erwachsenen Menschen jemals eine normale Schilddrüse gefunden werden muß;

und damit komme ich zwar nicht zur Anschauung Buchaus, wenn er sagt, Myxoedem und Basedow seien nicht als parallel anzusehen, ebenso gut könne man Leukaemie und Typhus zusammenstellen und behaupten, daß beide auf einer Erkrankung der Milz beruhten, — wohl aber zu der Ansicht Munks, daß die Exstirpation der Thyreoidea nicht die Ursache der Cachexia thyreopriva ist, daß aber auch andererseits in der Thyreoidea die Causa movens für das Myxoedem nicht gesucht werden darf, daß ihre Beteiligung eine völlig sekundäre ist.

Wunderbar ist ja sowieso, daß keine der beiden bisherigen Theorien näher auf die Ätiologie der Myxoedemsymptome selbst eingegangen ist; die Schilddrüse ist die Ursache und woher z. B. die Mucininfiltration der Haut stammt, wird absolut nicht berücksichtigt, trotzdem die Untersuchungen von Frederic Gourlay (Journ. of Physiol. XIV, 1 and 2, p. 21, 1894) ergaben, daß die Thyreoidea selbst kein Mucin enthält, kein Mucin produziert!

Ausgehend von dem Befunde der Leukopenie neben den übrigen tiefgreifenden Veränderungen des Blutes gelangten wir zur Anschauung eines haematogenen Myxoedems, auf Grund deren wir sowohl therapeutisch unser Ziel erreichten, andererseits aber auch eine Erklärung für die pathologisch-anatomischen Veränderungen fanden.

Es ist wohl kaum anzunehmen, daß die Leukopenie durch eine fehlende Leukocytenbildung entstanden ist, daß sie ferner etwa bloß eine lokale gewesen sei. Was letzteren Einwurf betrifft, so ergaben die Forschungen Sémakines (Contribution à l'étude de la distribution inégale des globules blancs au sein des vaisseaux sanguins. Arch. des sc. biol. Petersbg. IV, 2, 1895), daß die Erscheinungen der Leukocytose und Hypoleukocytose, bezw. Leukopenie tatsächlich ein Ausdruck sind für eine Vermehrung oder Verminderung der Gesamtsumme der Leukocyten sowohl in der Peripherie, als auch im Inneren des Körpers.

Es dürfte sich vielmehr um einen haemolytischen Prozeß handeln, auf den ja auch die Harnstoffherabsetzung hinweist. Ein gesteigerter Zerfall der Leukocyten, eine Herabsetzung deren Vitalität erklärt ja auch die beobachtete Erhöhung der Blutgerinnbarkeit. Die abgestorbenen Zellen haben ihre fermentativ wirkenden Substanzen an die umgebende Flüssigkeit abgegeben und damit deren Gerinnungsfähigkeit wie Gerinnungsneigung gesteigert.

Was den Befund der Erythrocyten betrifft, so dürfen wir die Poikilocytose wohl nach Maragliano und Castellino als eine Art Nekrobiose auffassen, wobei uns insbesondere die beobachtete Blutplättchenvermehrung unterstützt, die, wie Determann sagt, in ihrer Menge gewissermaßen ein Ausdruck des augenblicklichen Widerstandskoeffizienten der Erythrocyten ist; was die erwähnte Vakuolenbildung in den

Erythrocyten betrifft, so fehlt mir dafür bislang jede Erklärung. Aber abgesehen davon, daß sie für Myxoedem in keiner Weise typisch ist, — fand ich sie doch speziell bei Epileptikern häufiger —, lege ich auf diesen Befund weniger Wert, zumal Prof. Samuel-Königsberg in seiner Arbeit über Blutanomalien sagt: Gestaltsveränderungen der Blutkörperchen sind für keine Krankheit charakteristisch.

Als wichtig und charakteristisch bleibt nun — auch schon im Gegensatz zur Cachexia thyreopriva — die Leukopenie. In ihr liegt auch der Schlüssel zum Verständnis der myxoedematösen Mucinablagerung.

Nach den Untersuchungen von Neumeister-Jena ist das Mucin der myxoedematösen Infiltration ein Nukleoalbumin. Woher stammt es? Es ist ein Zerfallsprodukt der zu Grunde gegangenen Leukocyten.

Ewald sagt: „Das ganze Gewebe hat ein transparentes Aussehen. Es ist, als ob die Haut mit einer flüssigen oder halbflüssigen Substanz durchtränkt wäre. Hirsch und E. Cussier haben eigentümliche, glänzende, stark lichtbrechende Körper gefunden, deren Natur und Bedeutung unklar ist."

Gerade diese angeblich bezüglich „Natur und Bedeutung" unklaren Körperchen sind für unsere Theorie sehr beweisend und wichtig. Vergegenwärtige man sich die Vorgänge bei der Leukocytolyse, wie sie uns Botkin in Virchows Archiv berichtet: „Die Lymphocyten verändern sich langsam, werden durchsichtiger und bilden sich unter Verschmelzung ihrer Granula allmählich zu einer glänzenden Kugel um. Die protoplasmareicheren Leukocyten bersten an irgend einer Stelle, aus ihrem Zelleib entleert sich Protoplasma, dabei wird die Zelle kleiner, glänzender, weniger körnig und beginnt auch nach anderen Richtungen zu zerfließen; zuletzt bleibt nur ein unbestimmtes glänzendes Körperchen (Kern) übrig."

Natur und Bedeutung der von Hirsch und E. Cussier angegebenen kleinen glänzenden, stark lichtbrechenden Körperchen dürfte demnach nicht mehr so unklar sein, zumal, wenn man die Beobachtungen Baumgartens berücksichtigt, der bei Myxoedem eine hochgradige Leukocytensammlung in nächster Umgebung der Cutisgefäße beschreibt, die sich stellenweise zur Bildung kleiner, unscharf begrenzter leukocytärer Zellenherdchen steigerte. Die Untersuchungen von Pekelharing ergaben, daß beim Absterben der Blutkörperchen Nukleoalbumin frei wird, andererseits nach M. C. Delezenne (Arch. de Physiol. XXX. 3, p. 508, Juillet 1898) eine Hypoleukocytose auf Leukocytenzerstörung beruht. Damit dürfte wohl die Herkunft des Mucins geklärt sein.

Als die nächste Folge aber einer Bluterkrankung dürfte eine Gefäßaffektion zu erwarten sein und in der Tat finden wir beim Myxoedem Veränderungen der Blutgefäße in Form einer atheromatösen und amyloiden Degeneration, einer obliterierenden fibrösen Arteriitis.

Die neurogenen Symptome dürften sich als auf direkten oder indirekten Nervenschädigungen beruhend erklären lassen. Als indirekt bedingt durch die veränderte Blutbeschaffenheit an sich, die minderwertigere Ernährung; daher auch die vage Natur der pathologisch-anatomischen Befunde beim Zentralnervensystem. Als direkt bedingte Schädigung eine Kompression der Nerven seitens des mucinösen Gewebes in unmittelbarer oder weiterer Umgebung des Nerven.

Die beobachtete und stets so hervorgehobene Schilddrüsenatrophie ist im Gesamtbild nichts besonderes, zumal die als pathognomisch für Myxoedem stets betonte Wucherung des interstitiellen Bindegewebes bei Untergang der spezifischen Gewebselemente gerade beim Myxoedem nicht nur an der Thyreoidea beobachtet ist, sondern in gleichem Maße bei Leber, Nieren, Nebennieren, Herz, Uterus, Ovarien, Muskeln und Gefäßadventitia! Das ist aber bei unserer Theorie als selbstverständlich zu erwarten, die Thyreoidea kann, aber braucht nicht zu erkranken, damit deckt sich auch der sonst nicht recht zu erklärende Befund Baumanns, der durchaus nicht bei allen untersuchten Kindern Jod in der Thyreoidea nachweisen konnte, obwohl die Kinder mit jodfreier Schilddrüse vollkommen normal waren.

Wir kommen somit zum gleichen Resultat wie auf experimentellem Wege Dr. S. Miura in Tokio und Dr. W. Stoeltzner: „Jod scheint ein unwesentlicher Bestandteil der Drüse zu sein."

Nun wird man den Einwand erheben, ja, wie erklären sich dann die beim Myxoedem über jeden Einspruch erhabenen Erfolge der Organotherapie? Berücksichtigen wir die von Heinz in München beim Jodkali gefundene Wirkung, daß dieses Präparat eine Blutregeneration bewirkt, daß, wie Dr. Hugo Winternitz (Ztschr. f. phys. Chemie 5 u. 6, p. 425, 1898) nachwies, z. B. bei Jodfetten, die Jodabspaltung an sich schon im Blute erfolgt, daß nach Maurel durch Jod, z. B. im Jodoform, die Beweglichkeit der Leukocyten gesteigert wird, so werden wir die vorzüglichen Resultate einer Behandlung mit Thyreoidea-präparaten begreifen, da hier zu der Jodwirkung noch die Nukleinwirkung tritt. Nach den Untersuchungen von Halm erzeugt Nuklein- und Albumosenfütterung Leukocytose.

Das stimmt genau zu dem Ergebnis Tambachs (Ztschr. f. Biol. XXXVI, 4, p. 549, 1898): „Durch künstliche Magenverdauung wurden 98% der jodhaltigen Substanzen der Schilddrüse in Lösung gebracht und isoliert als Jodsyntonin, Jodalbumose und Jodpepton. Die therapeutische Wirksamkeit beruht wahrscheinlich nicht auf Abspaltung und folgender Resorption von Thyrojodin, sondern auf Resorption der jodhaltigen Verdauungsprodukte überhaupt."

Als wir mit der fortschreitenden Genesung unseres Patienten den Beweis hatten, daß der auf Grund des klinischen Bildes, auf Grund einer Theorie des haematogenen Myxoedems eingeschlagene Weg der rechte war, wurde es uns auch verständlich, daß man in den jodhaltigen Thyreoideapräparaten ein Medikament hatte, deren Erfolge man rühmen hörte unter interner Darreichung bei Chlorose, Syphilis, Malaria, verzögerter Konsolidation von Knochenbrüchen, Adipositas universalis, Sklerodermie u. dgl., unter äußerer Anwendung bei serpiginösen Geschwüren, offenen Bubonen und Schanker. Uns war die Heilwirkung von Thyreoideapräparaten nicht mehr so rätselhaft, wie sie Ewald ansah.

Ebenso klar war es uns aber auch, daß unser Heilerfolg bei Myxoedem eigentlich nur die Lösung einer Additionsaufgabe war.

Unklar bleibt bei allem die Aufgabe der Thyreoidea selbst, die, wenn sie auch nicht die Ausgangsstelle eines Myxoedems sein dürfte, dennoch als ein wichtiges Organ angesehen werden darf, wenn auch, wie Munk sagt, nicht als ein „lebenswichtiges". Wenn Howell T. Pershing (A case of acromegaly with remarks on the pathology of the disease. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 11, p. 693. Nov. 1894) glaubt, die Notwendigkeit von Thyreoidea wie Hypophysis damit beweisen zu können, daß sie schon bei ganz primitiven Wirbeltieren vorhanden sind, so ist dieser Beweis nicht zwingend. Die Entgiftungstheorie scheint uns aber nicht mehr haltbar, da logisch anfechtbar und in keiner plausiblen Weise die Myxoedemsymptome erklärend.

Mitteilungen.

— Zur Ausbildung der abnormen Kinder. An der philosophischen Fakultät der Universität Rom besteht seit zwei Jahren ein pädagogischer Fortbildungskurs. Dieser Kurs umfaßt zwei Studienjahre und stellt ein Zeugnis für ein bestandenes Examen aus. Leider sind von den biologischen Fächern nur die Schulhygiene und die Grundzüge der Anatomie und Physiologie hierbei obligatorisch, die anderen, die Experimentalpsychologie und die pädagogische Anthropologie aber fakultativ.

Herr Prof. J. Credaro, Professor der Pädagogie und Gründer des pädagogischen Kurses, hat diese Vervollkommnungsbedürftigkeit der Fortbildungsklasse nicht verkannt.

In einer Konferenz der Dozenten des Kurses im November 1906 legte Prof. Credaro dar, daß die Pädagogik heute experimentell zu werden strebt und in Anbetracht der Mangelhaftigkeit des gegenwärtig bestehenden Fortbildungskurses in dieser Hinsicht schlug er vor, daß in diesen ein Eilkurs der experimentellen Psychologie mit Anwendung auf die Pädagogik aufgenommen werde.

Die Konferenz stimmte dem Antrage des Prof. Credaro zu und betraute mit der Organisation dieses Kurses Herrn Prof. Sante de Sanctis.

In der darauf am 12. Dezember abgehaltenen weiteren Konferenz legte Prof. de Sanctis ein vollständiges Programm für einen „praktischen Kurs der Psychologie mit besonderer Berücksichtigung der Pädagogik" vor. Der Kurs sollte zwei Monate dauern (1. März bis 30. April 1907) und allen Teilnehmern der Fortbildungsklasse, sowie allen Lehrern gegen eine kleine Gebühr offen stehen.

Der Kurs des Prof. de Sanctis enthält drei Lehrfächer:

1. Experimentelle Psychologie in ihrer Anwendung auf die Pädagogik: Prof. Giuseppe Sergi und Prof. Sante de Sanctis.

2. Die Sinnes- und Bewegungsorgane: Morphologie, Funktion, Entwicklung, Ausbildung: Professor Chiarini.

3. Psychologie des Abnormen (Psychische Entwicklungshemmungen, ethische Defekte, Taubstummheit, Blindheit) und korrektive Pädagogik: Prof. de Sanctis.

Jedes Fach ist ein selbständiger Lehrgegenstand, der durch praktische Uebungen und Besuche in Laboratorien, Instituten und Schulen der Stadt ergänzt werden wird.

Von besonderem Interesse ist das neue Thema: Psychologie des Abnormen und Grundzüge der korrekten Pädagogik. Prof. de Sanctis benutzt dazu das Material der drei von ihm gegründeten und gegenwärtig von ihm und Prof. Giulio Terreri geleiteten Schulasyle für psychisch defekte und abnorme Kinder. An der Hand dieses wird es nicht schwer halten, den Elementarlehrern den Begriff der gesunden und kranken Seele beizubringen, um so mehr, als die Lehrer gerade in der Individualpsychologie der geistesschwachen, taubstummen und blinden Kinder mit praktischen Uebungen unterwiesen werden sollen.

Das Bedürfnis eines akademischen Kurses, in welchem die Elementarschullehrer die Hauptgesichtspunkte für die Erkennung, Beurteilung und Behandlung der abnormen Kinder erfahren können, war ein dringendes. Nunmehr ist Rom infolge des praktischen

Kurses in Verbindung mit der Fortbildungsklasse in dieser Beziehung in günstigerer Lage, als Mailand, von wo seitens des Direktors des dortigen pädagogischen Instituts, Dr. Ugo Tizzoli, die Anregung hierzu ausging.

Referate.

— **Studien über die Hirnrinde des Menschen.** Von Dr. S. Ramón y Cajal, Professor der Histologie an der Universität Madrid. Aus dem Spanischen übersetzt von Dr. Johannes Bresler, Oberarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Lublinitz. Leipzig 1900 — 1906. Verlag von Johann Ambrosius Barth. Preis 24 M.

Es ist ein hervorragendes Werk, das nunmehr seinen Abschluß gefunden hat und in fünf Heften mit zusammen 207 Abbildungen zu unserer Freude in deutscher Sprache vorliegt.

Ramón y Cajal, der vor kurzem den wohlverdienten Nobelpreis zugesprochen erhielt, teilt in diesem Werke die Resultate seiner histologischen Forschungen mit über die Sehrinde, die Bewegungsrinde, die Hörrinde und die Riechrinde des Menschen und der höheren Säugetiere. Er gibt eine vergleichende Strukturbeschreibung der Hirnrinde der kleinen Säugetiere, der Vögel, der Reptilien, Batrachier und Fische. Unter Berücksichtigung der Werke einer großen Anzahl von Gelehrten aller Kulturländer, bespricht er die Struktur der Nervenzellen des Gehirnes, deren Bau er mit den verschiedensten Methoden aufs eingehendste untersucht hat. Auch der Entwicklung der Hirnrinde hat er sein Augenmerk zugewendet. Eine Reihe von geistvollen anatomisch-physiologischen Betrachtungen hat er seinen ungemein fleißigen Beschreibungen angeschlossen.



Es ist im Rahmen einer Besprechung dieses wertvollen Buches nicht möglich, auf alle hierin mitgeteilten Untersuchungen einzugehen. Es soll zunächst auf die Unterschiede hingewiesen werden, welche der Verf. zwischen den Schichten der Sehrinde, der Bewegungsrinde und der Hörrinde festgestellt hat.

Die **Sehrinde** des Menschen besteht aus neun Schichten:

1. die Schicht der horizontalen Zellen,
2. die Schicht der kleinen Pyramiden,
3. die Schicht der mittelgroßen Pyramiden,
4. die Schicht der großen Sternzellen,
5. die Schicht der kleinen Sternzellen,
6. die Schicht der kleinen Zellen mit bogenförmigem Achsenzylinder,
7. die Schicht der Riesenpyramiden,
8. die Schicht der großen Zellen mit bogenförmigem und aufsteigendem Achsenzylinder,
9. die Schicht der dreieckigen und spindelförmigen Zellen.

Diese Struktur besitzt namentlich die Fissura calcarina und deren Umgebung. Die übrige Hirnrinde ist anders gebaut. Einen gemeinsamen Bestandteil der gesamten Hirnrinde bilden die 1., 2., 3. und 9. Schicht. Die Zahl der mittelgroßen Pyramiden in der 3. Schicht und der Riesenpyramiden in der 7. Schicht ist auffallend gering. Eine Besonderheit der Sehrinde stellen die 6. und die 8. Schicht, in denen die Zellen mit bogenförmigem Achsenzylinder versehen sind, dar (Abb. 17). Eigenartig sind endlich die großen und die kleinen Sternzellen der 4. und 5. Schicht, welche mit langem, absteigendem Achsenzylinder versehen sind; ein dichter Plexus von Optikusfasern steht mit diesen Zellen in Kontakt.

Die **Bewegungsrinde** wurde an der hinteren und der vorderen Zentralwindung des Menschen studiert.

An der hinteren Zentralwindung unterscheidet Verfasser sieben Schichten, deren innerste in zwei Unterabteilungen zerfällt:

1. die Schicht der horizontalen Zellen,
2. die Schicht der kleinen Pyramiden,
3. die Schicht der mittelgroßen Pyramiden,
4. die Schicht der großen äußeren Pyramiden,
5. die Schicht der kleinen Pyramiden und Sternzellen,
6. die Schicht der tiefen Riesen- und mittelgroßen Pyramiden,

7 a. die Schicht der mittelgroßen Pyramiden und der dreieckigen Zellen, sowie

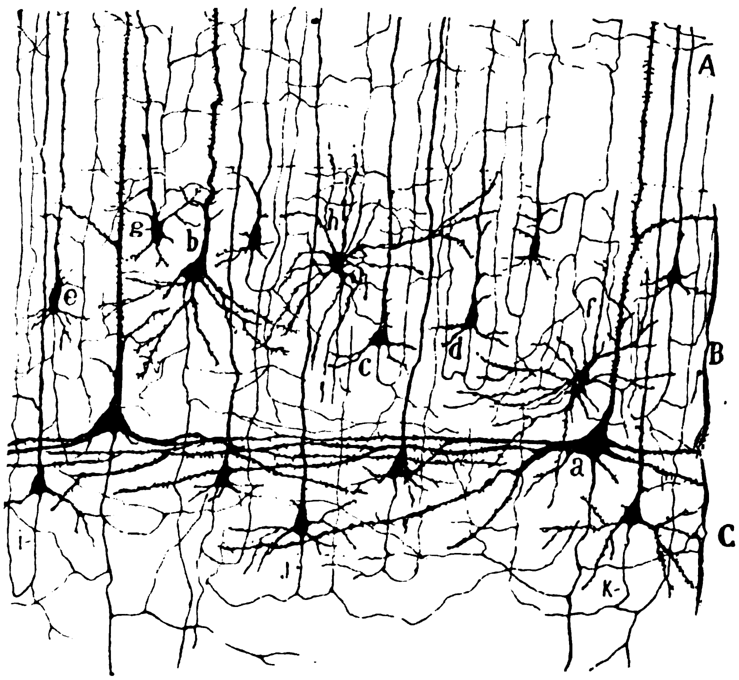
7 b. die Schicht der vertikalen Serien von spindelförmigen Zellen.

Der Unterschied der vorderen Zentralwindung von der hinteren besteht darin, daß in der vorderen die 1., die 3. wie auch die 4. Schicht wesentlich dicker sind wie in der hinteren. In der 4. Schicht hat die vordere Zentralwindung mehr große äußere Pyramiden. Die 5. Schicht, d. i. die der kleinen Pyramiden und Sternzellen, ist in der hinteren Zentralwindung gut entwickelt, in der vorderen jedoch nur rudimentär vorhanden, ja an einigen Stellen gar nicht zu erkennen. Obwohl die Pyramidenzellen der 6. Schicht in der vorderen Zentralwindung größer sind als in der hinteren, ist die 6. Schicht in der hinteren Zentralwindung viel besser entwickelt als in der vorderen. Betreffs der 7. Schicht bestehen zwischen beiden Windungen keine Differenzen.

Die vordere Zentralwindung (sowie der hintere Teil der 1. und 2. Stirnwindung) besitzt also eine von derjenigen der anderen Rindengegenden verschiedene Struktur. Und zwar besteht die Besonderheit darin, daß in ihr eine deutlich differenzierte Schicht der kleinen Pyramiden und Sternzellen fehlt, und daß die Schichten der mittelgroßen und äußeren großen Pyramiden enorm dick sind. Außerdem ist ein aus exogenen Nervenfasern bestehender spezifischer Nervenplexus vorhanden, der im Niveau der mittelgroßen Pyramiden liegt. Es ist die Pyramidenbahn, welche wahrscheinlich aus den Riesenpyramiden und aus nicht wenigen der mittelgroßen Pyramiden stammt. Die hintere Zentralwindung dagegen hat eine wohlbegrenzte Schicht der kleinen Pyramiden und Sternzellen. Der spezifische exogene Nervenplexus nimmt in ihr einen anderen Platz ein als in der vorderen Zentralwindung. Die sensibeln Fasern verteilen sich in den mittelgroßen Pyramiden. Diese mittelgroßen Pyramiden bilden das Substrat der Lust-, Schmerz- und Temperaturempfindung. Die motorische Rinde sendet Balkenfasern aus und empfängt ebensolche. Die Balkenbahn nimmt ihren hauptsächlichen, wenn nicht ausschließlichen Ursprung in den kleinen Pyramiden und vielleicht auch in den polymorphen Zellen.

Die **Hörrinde** (= vordere Hälfte der ersten Schläfenwindung) hat nach Ramón y Cajals Untersuchungen ebenfalls sieben Schichten:

1. die Schicht der horizontalen Zellen,
2. die Schicht der kleinen Pyramiden,
3. die Schicht der mittelgroßen Pyramiden,
4. die Schicht der oberflächlichen großen Pyramiden,
5. die Schicht der Körner oder kleinen Sternzellen,
6. die Schicht der mittelgroßen tiefen Pyramiden und
7. die Schicht der Spindelzellen.



Zellen der sechsten und siebenten Schicht der Sehrinde eines 15 tägig. Kindes.

A fünfte, B sechste, C siebente Schicht; a Riesenpyramide; b mittelgrosse Pyramide mit langem absteigendem Achsenzylinder; c kleine Pyramide mit aufsteigendem bogenförmigem Achsenzylinder; d Pyramide, deren Achsenzylinder zwei Bogen erzeugt; e Pyramide, deren Achsenzylinder verschiedene aufsteigende Fasern aussendet; f, g, h sternförmige Zellen mit aufsteigendem Achsenzylinder, der sich in der fünften und sechsten Schicht verzweigt; i, j, k Pyramidenzellen mit gebogenem aufsteigendem Achsenzylinder, der in der siebenten und achten Schicht verzweigt ist.

Abb. 17. Aus: Studien über die Hirnrinde des Menschen.

Das anatomische Hauptcharakteristikum der Hörrinde sind die nur im akustischen Zentrum vorkommenden spezifischen Zellen, welche in Golgipräparaten spindelförmig oder dreieckig sind und sehr starke horizontale Aeste haben. Die auf- und absteigenden und die horizontalen Fortsätze nehmen bei manchen Zellen einen Raum von mehr als 1 cbmm ein. Bei Erwachsenen sind diese Zellen in Nisslpräparaten ziemlich zart und enthalten wenig Chromatin, bei einmonatigen Kindern sind sie chromatinreich und erscheinen größer als die großen Pyra-

miden. Diese spezifischen Riesenzellen mit langem Achsenzylinder in der Hörrinde erinnern an die großen Sternzellen der Sehrinde; es ist z. Z. noch sich selten in der 2., häufiger in der 3., 4. und 5. Schicht und sind am zahlreichsten in der 6. und 7. Schicht.

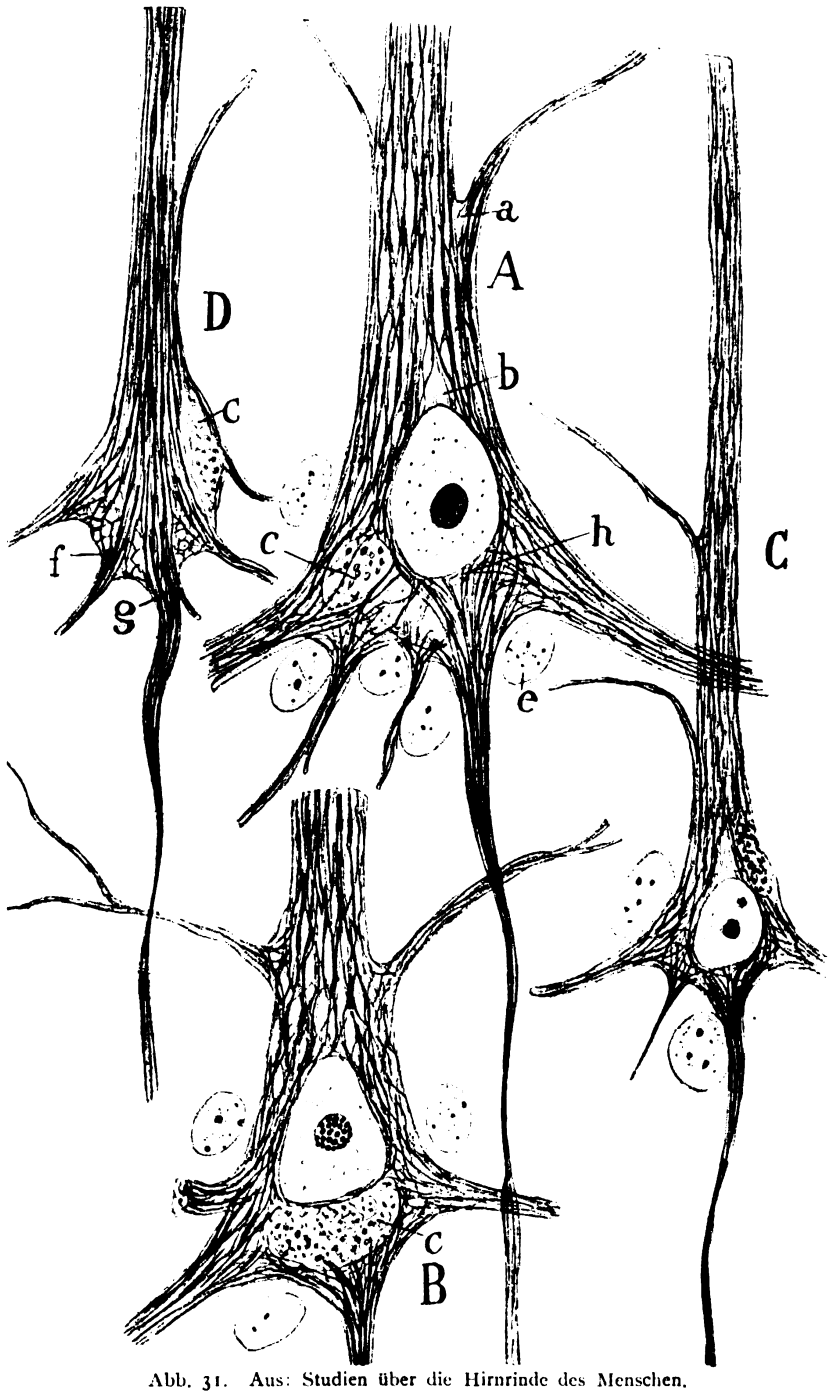


Abb. 31. Aus: Studien über die Hirnrinde des Menschen.

Riesenpyramiden aus der motorischen Rinde des erwachsenen Menschen.

a, b Stellen, wo Nisslsche Spindeln liegen; c Konglomerate von Pigmentkügelchen; e Neurogliakerne; h, g Neurofibrillenbündel für den Achsenzylinder. Die Zelle D ist gezeichnet unter Einstellung der Zelloberfläche, während bei den Zellen A, B und C die Einstellung fast äquatorial ist.

unmöglich, eine einigermaßen sichere Hypothese über ihre funktionelle Bedeutung zu machen. Sie finden

Auch die Rinde der Insel hat Verf. genau studiert, dem Nervenfasergeflecht der Hörrinde hat

er seine Aufmerksamkeit gewidmet. Bei den gyrencephalen Säugern — namentlich Hund und Katze — hat er die Hörrinde untersucht.

Es würde zu weit führen, wenn wir auch auf die ungemein sorgfältigen und gelungenen Untersuchungen des Verf. über die **Riechrinde** eingehen wollten, welche auf 192 Seiten mitgeteilt sind und durch 84 Abbildungen erläutert werden.

Ramón y Cajal hat sich aber nicht nur mit dem Bau der Hirnrinde beschäftigt, er hat auch versucht, eine eigene Theorie von der architektonischen und dynamischen Anlage des Gehirns aufzustellen. Er geht davon aus, daß der umschriebene Verlust einer Perzeptionssphäre während des Lebens zwar die entsprechende Wahrnehmung aufhebt, nicht aber die dazu gehörigen Erinnerungsbilder der Ideen. Er erinnert daran, daß die Läsion der dem Seh- oder Hörzentrum benachbarten Windungen Erinnerungsschwäche und Lähmung der Funktion des Wiedererkennens hervorruft, ohne daß Seelenblindheit oder -taubheit besteht. Er berücksichtigt, daß die drei Sprachzentren (das der Bewegungsvorstellungen der Artikulation, das der akustischen Bilder der Sprache und das der optischen Bilder der Sprachzeichen) Sphären der Erinnerung und des Wiedererkennens von Bildern sind. Somit unterscheidet er Perzeptionsrinde und kommemorative Rinde; er ist überzeugt, daß die Perzeptionsrinde in jeder Perzeptionssphäre eine von der kommemorativen Rinde verschiedene Textur hat. Wahrscheinlich gibt es nun zwei Arten von in dieser kommemorativen Rinde gelegenen Erinnerungs- oder Merkzentren: primäre, in denen die Residuen der Objektwahrnehmung abgelagert sind und die Wiedererkennung der neuen Eindrücke stattfindet, und sekundäre, wo die Residuen dieser Residuen oder vielleicht die kombinierten Erinnerungsbilder deponiert sind, welche eine Synthese von Elementen sind, die zu verschiedenen primären Erinnerungsbildern gehören. In diesen sekundären Erinnerungszentren haben die Erinnerungsbilder ihren projektiven und räumlichen Charakter gänzlich verloren. Für die Annahme mehrerer kommemorativer Sphären sprechen namentlich die Studien des Verf. über die Riechzentren.

Was nun die Lage der primären Merkzentren anbelangt, so liegen sie in der Nähe der Zentren für die Perzeption. Die Perzeptionszentren sind symmetrisch und beiderseitig, die primären und sekundären Merkzentren sind einseitig; dies ist von den kommemorativen Zentren, die erkrankt, Aphasie, Agraphie, Wortblindheit und Worttaubheit hervorrufen, festgestellt; betreffs der übrigen sensorischen Sphären ist es höchst wahrscheinlich. So ist die optische Projektion z. B. als Perzeption auf beide Fissurae calcarinae verteilt, sie polarisiert sich jedoch, sie wird einseitig bei der Umwandlung in Erinnerung, und zwar geschieht dies unter Verminderung ihres projektiven und räumlichen Charakters, der in den Regionen der Gedanken oder kombinierten Vorstellungen gänzlich verloren geht. Diese Anlage bietet zwei ökonomische Vorteile: eine Erhöhung der Gehirnkapazität, da ja jede Hemisphäre verschiedene Erinnerungsbilder bewahrt, und eine Vereinigung derjenigen Erwerbungen verschiedener Sinnestätigkeit auf benachbarte Regionen einer Seite, welche, weil auf ein und dasselbe äußere Objekt sich beziehend, kontinuierlich in Sprache und Gedanken verbunden sein müssen und daher kurze und starke Verbindungsfasern brauchen. Ist nun der Sitz des perzeptiven Eindrucks ein zweiseitiger und das Feld der zugehörigen Erinnerungsbilder einseitig, so ergibt sich mit Notwendigkeit das Vorhandensein zweier Arten von Assoziationsfasern, oder wenigstens von Kollateralen: von direkten assoziativen, die den gleichseitigen Teil des Eindrucks zur Vorstellungsphäre leiten, und kommissuralen assoziativen oder Balkenfasern, welche diesem selben Zentrum den in das Perzeptionszentrum der andern Hemisphäre projizierten Teil des Eindrucks überliefern. Die sekundären Vorstellungen sind annehmbar ebenfalls einseitig lokalisiert; ihre Hirnfelder werden mit allen sekundären Merkfeldern beider Seiten in Verbindung stehen, also mit gleichseitigen oder andersseitigen oder Balkenfasern.

Projektionsfasern finden sich in den Perzeptionszentren in beträchtlicher, in den assoziativen Zentren in geringer Menge. Alle Rindengegenden ohne Ausnahme senden absteigende Fasern aus; sie ziehen durch das Corpus striatum, gelangen bis in die Medulla, oder sie machen Halt in den Zentren des Thalamus, des Mesencephalons und des Pons. Sogar die offensichtlich assoziativen oder Merksphären wie Zwischenhemisphärenrinde und Ammonshorn besitzen motorische Fasern. Es gibt also drei Arten von Projektionsfasern: absteigend motorische, absteigend sensorische: zu den sensorischen Kernen des Thalamus, und aufsteigend sensorische Fasern: von den sensorischen Zentren des Thalamus und Mittelhirns zur Hirnrinde. Die Perzeptions- oder Projektionszentren empfangen z. B. bei Nagetieren sensorische Fasern, welche aus den gleichnamigen Thalamuskernen stammen, während die associativen oder Merkzentren diese nicht besitzen; hier sind sie durch sensorisch-kommemorative, aus den Perzeptionszentren entsprossene Leitungen ersetzt. Die Perzeptionszentren des Menschen verbinden sich wahrscheinlich mit den sensorischen Thalamuskernen mittels sensorischer absteigender Fasern, das sind die Bahnen der erwartenden Aufmerksamkeit; in den kommemorativen Zentren fehlen diese Verbindungen. Die motorischen Fasern kommen wahrscheinlich in zweierlei Formen vor und es gibt offenbar erstens lange, dichte, welche die vertikalen perzeptiven Felder mit den peripheren motorischen Stationen verbinden und reflektorischen Charakter besitzen; hierher gehört die aus der sensorischen, taktilen Rinde stammende Pyramidenbahn, und es gibt zweitens kurze, indirekte, die aus den kommemorativen Zentren stammen und in den intermediären motorischen Kernen des Thalamus, des Mittelhirns und der Protuberanz endigen. Die Neuronen der zweiten Art befördern den Hirnimpuls zu den peripheren motorischen Neuronen. Diese zweite Art stellt die Bahn

für die willkürlichen und emotionellen Bewegungen dar und ist das Werkzeug unserer Ideen und überlegten Handlungen; hierher gehören die vorderen Säulen des fornix, das ist die Projektionsbahn des Ammonshorns, also eines sekundären kommemorativen Zentrums, dessen Fasern sich mit verschiedenen unteren Herden: dem Septum pellucidum, dem kleinen Kern der Stria thalamica und den Corpora mammillaria verbinden.

Nimmt nun Flechsig zwischen den Perzeptions- und Assoziationszentren zentripetale und zentrifugale assoziative Fasern an und lehrt er, daß die zentripetalen die akustischen und optischen Residuen von den Perzeptionszentren zu den kommemorativen Zentren leiten, während die zentrifugalen die intellektuelle Sphäre befähigen, erregend, anspannend oder hemmend auf die Tätigkeit der perzeptiven Sphäre zu wirken, so weist Ramón y Cajal darauf hin, daß die Gesetze der psychologischen Assoziation noch zu der Annahme von Verbindungsbahnen zwischen den verschiedenartigen kommemorativen Zentren zwingen. Er unterscheidet sekundäre interkommemorative Bahnen für die Assoziation der Ideen oder kombinierten Vorstellungen und primär-sekundäre intermnemonische Bahnen für die Verknüpfung der primären kommemorativen Sphäre mit den ideellen, sekundären. Beide Assoziationssysteme dürften gleichseitige und anderseitige Markfasern enthalten. Die ganze Hirnrinde ist also hypothetisch okkupiert von Perzeptions- und von kommemorativen Sphären verschiedener Hierarchie.

Es ist an dieser Stelle unmöglich des weiteren auf diese geistvollen anatomisch-physiologischen Betrachtungen über das Gehirn einzugehen. Es sei nur erwähnt, daß der Verf. die Frage, ob das menschliche Gehirn nicht auch noch intellektuelle, höhere Bezirke enthält, in denen sich das Inhaltsbewußtsein spiegelt, in denen das höchste Urteilsvermögen und die Funktion der Aufmerksamkeit und Assoziation ihren Sitz hat, verneint. Der Intellekt ist seiner Meinung nach nicht die Frucht der Arbeit eines bevorzugten Zentrums, sondern das Resultat des Zusammenwirkens einer großen Zahl primärer und sekundärer kommemorativer Sphären. Von der rein organischen Seite betrachtet, bestehe die intellektuelle Reaktion in der Schöpfung von dynamischer Verknüpfung zweier, wenig oder gar nicht zueinander in Beziehung stehender Vorstellungen, subjektiv betrachtet, vollziehe sie sich durch den Glauben, daß der im Gehirn verrichtete dynamische Zusammenhang positiv einem Verhältnis der Aufeinanderfolge, des Nebeneinander oder der Inkohärenz zwischen zwei oder mehreren Vorgängen der Außenwelt entspricht. Die Aufmerksamkeit, wie das Gefühl und Bewußtsein seien dynamische Seiten — und in gewissem Sinne akzessorische Prozesse jener Beziehungstätigkeit, da es sowohl bei den Tieren wie beim Menschen zahlreiche, völlig kongruente und auf ein Ziel gerichtete Reflexakte gäbe, die nicht von diesen Nebenerscheinungen begleitet sind.

Das vorliegende Werk macht uns also nicht nur mit einer Anzahl neuer, exakt erforschter Tatsachen über den histologischen Bau der normalen Gehirnrinde bekannt, Tatsachen, die für jeden von großer Wichtigkeit sind, der sich mit der Betrachtung und Deutung von Präparaten aus der Großhirnrinde Geisteskranker beschäftigt, es läßt uns außerdem einen tiefen Einblick tun in die geheimnisvollen Werkstätten des menschlichen Geistes, es verschafft uns manche Kenntnis von dem Zusammenwirken der Hirnteile. Wir vermögen zum Schluß nur darauf hinzuweisen, daß sich in dem epochemachenden Buche sogar histologische Hypothesen über den Mechanismus des Schlafes, der Assoziation, der Ermüdung, des Gedächtnisses, der funktionellen Anpassung, der Kompensation usw. finden.

Dafür, daß er uns den hohen Genuß verschafft hat, die Studien Cajals in deutscher Ausgabe kennen zu lernen, müssen wir aber auch dem Übersetzer: Johannes Bresler, aufrichtigen Dank sagen. Wir schließen mit des letzteren Vorwort zum zweiten Heft: Man rühmt die Größe und Erhabenheit der Sternenkunde, die uns im tiefen Weltenraum das Walten ewiger Harmonie und Zweckmäßigkeit schauen läßt. Gibt es nächst jener eine anziehendere und vornehmere Wissenschaft als diejenige, welche in der unendlichen Fülle von Formen und Verbindungen, mit welcher die Elemente des Denkorgans in die Erscheinung treten, ein ewiges Gesetz sieht?

G. Ilberg.

— **Möbius - Stiftung.** Bis zum Schluß dieser Nr. waren gezeichnet **4164 Mk.** Den Herren Subskribenten besten Dank! Um weitere Einsendung von Subskriptionen wird höflichst gebeten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 6. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft in Stärke von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Die Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka bei Gnesen sucht zum 1. Mai d. Js. oder später einen

Assistenzarzt.

Anfangsgehalt 2400 M. bei freier Station I. Klasse. Nach fünfjähriger Dienstzeit der Regel nach Anstellung auf Lebenszeit als Anstaltsarzt mit einem Gehalt von 3300 bis 5300 M. neben Dienstwohnung oder dem tarifmäßigen Wohnungsgeldzuschuß und Pensionsberechtigung.

Bewerbungsgesuche mit Lebenslauf, ärztlicher Approbation und etwaigen Zeugnissen im Original oder in beglaubigter Abschrift werden an die Anstaltsdirektion erbeten.

An der **Königl. Sächs. Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke** zu **Grosschweidnitz** bei **Löbau** wird für **1. Juli 1907** ein

Hilfsarzt

gesucht. Psychiatrische Vorbildung nicht erforderlich, aber erwünscht. Anfangsgehalt ohne Nebenbezüge 2400 M.

Gesuche mit Lebenslauf und Zeugnissen einzusenden an die Königl. Anstalts-Direktion.

Bekanntmachung.

An der neuerbauten und mit 900 Geisteskranken und 350 orts- und landarmen Pfleglingen belegten Landespflegeanstalt zu Tapiau, Ostpr. — 1 Stunde von Königsberg — ist die Stelle eines

Hilfsarztes

— 6 Ärzte etatsmäßig — **sofort** zu besetzen. Das Einkommen der Stelle beträgt: Gehalt 1800—2400 M., Beköstigungsgeld 750 M., Dienstwohnung, Heizung und Beleuchtung und freie Wäsche im Werte von 220 M. Höchstgehalt in 6 Jahren. Gelegenheit zu pathologisch-anatomischen, bakteriologischen pp. Untersuchungen, zu Operationen und Sektionen mit besten Einrichtungen vorhanden. Anmeldungen, mit Zeugnissen und Lebenslauf nimmt entgegen Der Direktor.

Sofort

Assistenzarzt

für Privatirrenanstalt gesucht. Anfangsgehalt M. 150 monatlich bei freier Station.

Dr. Edel, Charlottenburg, Berlinerstr. 17.

Bei der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Bonn ist die Stelle des

Oberflegers

zu besetzen. Geeignete Bewerber wollen ihre Gesuche nebst Zeugnissen umgehend an die Anstaltsdirekton einsennen.

Anfangsgehalt 1200 M., steigend alle 2 Jahre um 100 M. bis zum Höchstgehalt von 1800 M., außerdem freie Station II. Klasse für seine Person (Wert 600 M.), sowie Familienwohnung mit Brand und Licht. Die Stelle ist pensionsberechtigt.

Bonn a. Rh., den 29. April 1907.

Die Direktion.

Klassiker-Freunde

finden in dem Verlagsverzeichnis von

Ed. Wartigs Verlag Ernst Hoppe in Altenburg (S.-A.)

eine Reihe gediegener und wertvoller Werke für die Hausbibliothek.

Kataloge gratis und franko.

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Dr. med. Lots Kuranstalt f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. A. **Friedrichroda** i. Thür.

Spez.-Behandl. bei Kongestion. Kopfschmerz. Neuralgien.

Dr. Warda, früher I. Assistenzarzt von Herrn Geheimrat Professor Dr. Binswanger in Jena, empfiehlt seine Heilanstalt für Nervenkranke

Villa Emilia

zu **Blankenburg** im Schwarzatal (Thüringen). Die Anstalt ist durch einen schönen und zweckmäßigen Neubau vergrößert und das ganze Jahr geöffnet. 987

Verlagsbuchhandlung **Carl Marhold** in **Halle a. S.**

Psychiatrische Gesichtspunkte in der Beurteilung und Behandlung der Fürsorgezöglinge.

Vortrag, gehalten auf dem Allgemeinen Fürsorge-Erziehungs-Tage in Breslau am 12. Juni 1906.

Von

Dr. med. Clemens Neisser,

Direktor der Schles. Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bunzlau.

Preis M. 0,80.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 6. 4. Mai. **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Pathologie der allgemeinen Paralyse der Irren.

Von *A. W. Ford Robertson**), Patholog an den schottischen Irrenanstalten.

Uebersetzt von H. Hoppe.

Die Statistiken scheinen zu zeigen, daß die allgemeine Paralyse der Irren in den letzten Jahren zugenommen hat. So ist z. B. die jährliche Sterblichkeit an allgemeiner Paralyse im Royal Edinburgh Asylum von 25,5% aller Todesfälle in den fünf Jahren 1890—94 auf 31% in den fünf Jahren 1901—1905 gestiegen. Die Gesamtzahl der Todesfälle an allgemeiner Paralyse in den englischen und schottischen Irrenanstalten ist von 1321 im Jahre 1894 auf 1795 im Jahre 1904 gestiegen. In demselben Jahre betrug die Zahl der Fälle von allgemeiner Paralyse in Royal Edinburgh Asylum 49 unter 262 Aufnahmen oder 10,7%. In einigen englischen Irrenanstalten ist die Prozentzahl noch höher. So erreicht sie im Durham County Asylum beinah 16%. Auf dem europäischen Kontinent ist die Krankheit noch häufiger. So sind in der Irrenanstalt zu Neapel ungefähr 30% aller Aufnahmen Paralytiker.

Die Aetiologie und Pathogenese dieser Krankheit ist trotz mancher positiver dogmatischer Behauptungen in dieser Beziehung bisher ein tiefes Geheimnis geblieben. In der neueren Literatur über den Gegenstand kann man eine wachsende Unzufriedenheit mit der syphilitischen Hypothese beobachten. Die uns bekannten pathologischen Veränderungen, die im Nervensystem vorkommen, bestehen hauptsächlich in akuten und chronischen Veränderungen der Nervenzellen der Rinde, in einer Degeneration der Markfasern des Gehirns, speziell in der vorderen Schicht der Rinde, ferner in Hypertrophie und Wucherung der Neuroglia in der Rinde und anderswo, in der Bildung von Granulationen des Ependyms, proliferierenden Veränderungen in den Wänden der Gehirngefäße, die im allgemeinen von einer Entwicklung von Plasmazellen begleitet werden, ferner in einer Verdickung der zarten Hirnhäute als Folge von chronischen Wucherungen in ihrem Gewebe, in dem Erscheinen zahlreicher Lymphozyten in der Zerebrospinalflüssigkeit sowie schließlich in frühzeitigen tabetischen Veränderungen des Rückenmarks.

*) Nach dem Bericht des Verfassers im Journal of Mental Science April 1906 mit einigen Ergänzungen aus der grösseren Originalarbeit in Review of neurology and psychiatry. Febr., March, April 1906.

Während der letzten sechs Jahre sind im Laboratorium der schottischen Irrenanstalten eine Reihe von Untersuchungen ausgeführt worden, die daraufhin zielten, das Wesen der Pathologie dieser Krankheit zu erhellen. Dr. L. C. Bruce hat unabhängig davon Untersuchungen ähnlicher Art angestellt. Im Jahre 1901 berichtete Bruce über die Resultate fortgesetzter Untersuchungen bezüglich der Temperatur und der Leukozytose in einzelnen Fällen. Er zeigte, daß im allgemeinen alle 2—3 Wochen Fieberanfälle erfolgen, daß diese Anfälle von Leukozytose begleitet sind, und daß im dritten Stadium die Leukozytose von Zeit zu Zeit ohne Temperatursteigerung auftreten kann. Er schloß aus seinen Beobachtungen, daß die allgemeine Paralyse eine Krankheit ist, die direkt auf eine Vergiftung durch Bakterientoxine zurückzuführen ist, deren Angriffspunkt die Schleimhäute des Magendarmkanals sind. In einer gleichzeitig veröffentlichten Arbeit brachte ich und zwar auf Grund der Resultate einer Untersuchung der pathologischen Veränderungen des Magendarmkanals, die ich in einer Reihe von Fällen angestellt hatte, eine ähnliche Ansicht vor. Ich fand, daß hier konstant ein starker Grad von chronischem atrophischem Katarrh des Magens oder Dünndarms oder beider vorhanden war, und daß diese krankhaften Veränderungen mit einer außerordentlichen Entwicklung von Bakterien im Nahrungskanal begleitet zu sein schienen.

Ein weiterer Beweis für eine chronische Toxaemie wurde durch A. C. Ainslie in dem beständigen Vorkommen einer weitverbreiteten und oft wohl ausgeprägten Endarteriitis der extrazerebralen Gefäße gefunden, auch in Fällen, wo senile Veränderungen ausgeschlossen werden konnten. Im Jahre 1902 begannen dann Dr. Douglas, Mc. Rae, Dr. Jeffrey und ich bakteriologische Untersuchungen. Es wurde festgestellt, daß ein diphtherieähnlicher Bazillus im Magendarmkanal und im Respirationstrakt vorherrschte und daß ein ähnlicher Organismus häufig aus dem Gehirn isoliert werden konnte. So wurde die Hypothese aufgestellt, daß die allgemeine Paralyse die Folge einer chronischen Infektion aus dem Respirations- und Ernährungstrakt ist, die durch allgemeine und lokale Schwächung der Verteidigungsmittel gegen Bakterien

herbeigeführt und in der außerordentlichen starken Entwicklung verschiedener Bakterienformen, besonders aber eines Klebs-Löfflerschen Bazillus von veränderter Virulenz, beruht, welcher der Krankheit ihren speziellen paralytischen Charakter verleiht. Mc. Rae und ich haben seitdem diese bakteriologischen Untersuchungen fortgesetzt, und jeder Schritt vorwärts führte zu Tatsachen, die die Hypothese der diphtheroiden Infektion wahrscheinlicher machten. Histologische Untersuchungen haben weiterhin manche bestätigenden Zeugnisse für die Richtigkeit der Hypothese erbracht.

Shennan und ich haben dann eine kleine Reihe experimenteller Untersuchungen mit diphtheroiden Bazillen, die von Fällen allgemeiner Paralyse isoliert worden waren, gemacht. Die Organismen zeigten sich für Meerschweinchen nicht virulent. Ratten aber, deren Futter mehrere Wochen lang mit unsterilisierten Bouillonkulturen dieser Bazillen gemischt wurde, bekamen nervöse Symptome, die allmählich sich steigerten (Trägheit, Schläfrigkeit, Unsicherheit des Ganges, später motorische Schwäche, Ataxie, Schlafsucht) und starben schließlich in ungefähr zehn Tagen. Diese Tiere zeigten manche krankhafte Prozesse, die im Nervensystem von Paralytikern gefunden werden. Aber die Tiere blieben eine zu kurze Zeit am Leben, als daß das vollständige histologische Bild der Paralyse sich hätte entwickeln können. Bei drei von diesen Tieren wurde eine weitverbreitete Invasion der Gewebe durch den Bazillus in einer fadenförmigen Form beobachtet, der ebenso bei mehreren Fällen von allgemeiner Paralyse gefunden worden war. L. C. Bruce hat eine ähnliche Beobachtung bei einer Ziege gemacht, der er Kulturen aus derselben Quelle, die bei den Ratten verwendet worden war, injizierte. Die Ziege wurde paretisch und ging in einem Zustand, der einem Schlaganfall ähnelte, zu Grunde. Ihr Gehirn zeigte Veränderungen, wie man sie im frühern Stadium der Paralyse findet.

Im Mai des letzten Jahres berichteten Mc. Rae und ich, daß wir diphtheroide Bazillen konstant und oft in sehr großer Zahl im Urogenitaltrakt sowohl bei männlichen, als bei weiblichen Paralytikern (bei diesen findet sich beständig Leukorrhoe mit Massen von diphtheroiden Bakterien) gefunden haben. Ferner wurde in sieben aufeinanderfolgenden Fällen von Tabo-Paralyse der Urin mit diphtheroiden Bazillen überladen gefunden. Wir haben auch aus dem Gehirn in neun Fällen von Paralyse unter 23 eine Kultur eines diphtheroiden Bazillus gefunden, ebenso in der Zerebrospinalflüssigkeit unter fünf Fällen von Paralyse, im Zentrifugen-Rückstand unter den Granulartrümmern oder innerhalb der Lymphozyten, in drei Fällen Bazillen, die zwar eine sehr geringe Affinität zu Farbstoffen zeigten, aber nichtsdestoweniger nicht selten den morphologischen Charakter der Diphtheriebazillen hatten. Es wurde ebenso konstatiert, daß Bazillen, die wenig Affinität zu färbenden Reagentien, aber eine deutliche Ähnlichkeit mit diphtheroiden Bazillen hatten, im Blute während kongestiver Anfälle und im Urin vorhanden waren.

Diese und andere ähnliche Beobachtungen führten zu der Frage, ob nicht diphtheroide Bazillen von Zeit zu Zeit in das Blut gelangen und schnell durch phagozytische und lysogene Wirkungen zerstört werden. Um über diese Frage Aufklärung zu bekommen, haben Mc. Rae und ich experimentell die Wirkung lebenden Blutes auf Reinkulturen von diphtheroiden Bazillen, die aus Fällen von Paralyse gezüchtet worden waren, untersucht. Es wurde festgestellt, daß die Bazillen sehr schnell von Leukozyten aufgenommen und in ihrem Inneren innerhalb zwei oder drei Stunden zerstört werden. Eine Untersuchung, die angestellt wurde, um die lösende Kraft der Leukozyten verschiedener Individuen auf diese Bazillen zu bestimmen, ergab, daß diese Kraft bei den Leukozyten von Paralytikern größer ist, als bei den Leukozyten normaler Personen. Das Aussehen der in Auflösung begriffenen Bazillen in den Präparaten stimmt mit den sich unvollständig färbenden Mikroorganismen, die bei Paralytikern in verschiedenen Organen gefunden werden, überein.

Die Resultate dieser experimentellen Untersuchungen legen nahe, daß das Fehlschlagen der früheren Versuche, Kulturen aus dem Blut und der Zerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern zu erhalten, sich dadurch erklären läßt, daß die meisten Bazillen abgestorben sind, und daß die wenigen lebenden, die gelegentlich vorhanden sind, durch die beständige Tätigkeit der Phagozyten schnell getötet werden. Es wurden daher folgende Versuche gemacht. Die Röhrchen mit frischem Blut von Paralytikern auf Bynohämoglobinagar wurden zunächst für 24 Stunden in der Kälte gehalten und dann in den Brutschrank bei 37 ° gebracht. Dadurch wurden einmal die Leukozyten abgetötet und ihre phagozytische Wirkung zerstört, und dann war genügend Zeit für die Zerstörung der Alexine, die mit dem Zerfall der Leukozyten ins Blutserum gelangten, durch die Berührung mit der toten organischen Masse des Kulturmediums vorhanden. Dieser Versuch gelang mit dem Blut von vier Fällen und mit dem Zentrifugenrückstand der Zerebrospinalflüssigkeit in zwei Fällen. In allen diesen wurden Reinkulturen eines diphtheroiden Bazillus erhalten. Die Kulturen waren anfänglich sehr schwach, aber eine schwache Kultur konnte durch Ueberimpfung auf Blut verstärkt werden.

Es gibt viele gewichtige Gründe, die gegen die Anschauung sprechen, daß die allgemeine Paralyse und Tabes im wesentlichen syphilitischen Ursprungs sind. Sie sind von Bianchi und einigen anderen klar dargelegt worden. Die Rolle, die die Syphilis spielt, ist unzweifelhaft eine bedeutende, aber sie besteht nur darin, daß sie die allgemeinen und örtlichen Verteidigungsmittel gegen die Bakterien schwächt. Es sind die deutlichsten Beweise dafür vorhanden, daß der Paralytiker an einer aktiven bakteriellen Toxämie leidet. Daß ein diphtheroider Bazillus — entweder eine abgeschwächte Form des Klebs-Löfflerschen Bazillus oder wahrscheinlicher ein anderer besonderer Mikroorganismus (bacillus paralyticans) — der spezifische ätiologische Faktor bei der Paralyse und der Tabes ist, dafür sind die Beweise kurz zusammengefaßt folgende: Ein Bazillus dieser Ar ist nach den Resultaten unserer Untersuchungen in großer Zahl entweder im Ernährungs- oder Respirationstrakt, oder in beiden und im Urogenitaltrakt

in allen Fällen fortgeschrittener Paralyse vorhanden. Dieser Bazillus, der fadenförmig ist, wurde in fünf Fällen von Paralyse in den Wänden der Respirations- oder Ernährungswege gefunden. Es kann gezeigt werden, daß dieser Bazillus in Fällen von Paralyse auch das Lungengewebe befällt und daß er gewöhnlich als einziger Mikroorganismus in großer Zahl in den Herden von katarrhalischer Pneumonie vorhanden ist, die bei den meisten der in einem Anfall verstorbenen Paralytiker gefunden werden. Ein Wachstum diphtheroider Bazillen konnte in Kulturen aus dem Hirn in 10 von 24 Fällen von Paralyse erhalten werden. Diphtheroide Bazillen mit metachromatischen Körnchen in Neisser-Präparaten sind im frischen Blut in einem Falle und in Hirnschnitten in zwei Fällen gefunden worden. Es wurde experimentell nachgewiesen, daß diese diphtheroiden Bazillen in Berührung mit lebendem Blut schnell von den polynukleären Leukozyten aufgenommen und innerhalb 2—3 Stunden vollständig verdaut werden. Körper, die genau dem Aussehen dieser in Auflösung begriffenen Bazillen entsprechen, können im Blut und in der Zerebrospinalflüssigkeit lebender Paralytiker, besonders während eines Anfalls, gefunden werden. Während die Tatsache, daß die meisten der vorhandenen Bazillen sich im Prozeß der Auflösung befinden, eine genügende Erklärung für die lange Reihe der negativen Resultate bei den Versuchen, Kulturen aus Blut und Zerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern zu erhalten, gibt, ist es uns durch Anwendung spezieller Methoden gelungen, Reinkulturen eines diphtheroiden Bazillus aus dem frischen Blut in vier Fällen, und aus der Zerebrospinalflüssigkeit in zwei Fällen von Paralyse zu erhalten. In Hirnschnitten, die mit speziellen Methoden präpariert sind, können zerfallene diphtheroide Bazillen in den Wänden der Gefäße und in den weichen Häuten in manchen Fällen von Paralyse erkannt werden.

Der zentrifugierte Rückstand aus dem Urin von Paralytikern enthält, besonders während eines Anfalls, gewöhnlich sehr zahlreiche diphtheroide Bazillen, die mehr oder weniger durch lysogene Wirkungen gelitten haben. In sieben aufeinanderfolgenden Fällen von Tabes-Paralyse fanden wir, daß der Zentrifugenrückstand aus dem Urin nicht nur diese alterierten diphtheroiden Bazillen, sondern auch einige lebende enthielt, die deutliche metachromatische Granula zeigten. In solchen Fällen kann aus dem Urin eine Bazillenkultur gewonnen werden. Experimentelle Infektionen von drei Ratten und einer Ziege mit diphtheroiden Bazillen, die von einem Falle von allgemeiner Paralyse isoliert waren, führte zu Symptomen und Gewebsveränderungen, die denen bei allgemeiner Paralyse glichen. Endlich zeigte sich, daß die aktiven polynukleären Leukozyten der Paralytiker regelmäßig eine größere auflösende Kraft gegenüber diphtheroiden Bazillen haben, als normale Leukozyten. Es scheint daher, daß der Paralytiker gegen diese diphtheroiden Bazillen einen gewissen Grad von spezifischer Immunität erlangt, mit deren Hilfe er in den Stand gesetzt wird, den Kampf gegen diese Bazillen zu führen, abgesehen von einer anderweitigen mangelhafteren lokalen und allgemeinen Widerstandskraft. Der Bazillus scheint von einem Individuum zum anderen, und zwar regelmäßig durch Kontagion, übertragen zu werden. Es gibt genügend Gründe für den Schluß, daß bei gesunder Schleimhaut der Organismus sich weder an der Oberfläche in irgend einer bedeutenden Ausdehnung vermehren, noch die Gewebe befallen kann. Eine vorangegangene Schwächung der lokalen und allgemeinen Widerstandskraft ist dazu augenscheinlich notwendig. Es gibt zahlreiche feindliche Kräfte, die diesen Zustand eines geschwächten lokalen und allgemeinen Schutzes hervorrufen, aber 3 scheinen besondere Bedeutung zu haben. Es sind dies Syphilis, Alkohol und excessive Aufnahme stickstoffhaltiger Nahrung. Es scheint sicher, daß eine völlig saprophytische Infektion lange Zeit fortbestehen kann, ohne zu irgendwie bedeutenden toxischen Wirkungen zu führen. Nur wenn der Bazillus die Gewebe befällt, ist es wahrscheinlich, daß die paralytische Toxämie eine größere Intensität erlangt. Die Invasion scheint am häufigsten von den Bronchien auszugehen, obgleich man beobachten kann, daß sie in manchen Fällen vom Ernährungstrakt ausgegangen ist. Am Sitze einer solchen Invasion findet ein Kampf auf Leben und Tod zwischen den Bazillen und den Leukozyten statt. Es ist ein Kampf, in welchem die Leukozyten nach einer langen Reihe von Siegen schließlich vernichtet werden, denn ihre Kraft, sich zu erneuern, ist beschränkt, während die der Bazillen virtuell unbegrenzt ist. Eine lokale Invasion zeigt sich klinisch in einem kongestiven Anfall. Große Reihen von Bazillen gelangen in die Zirkulation entweder auf dem Wege durch die Lymphgefäße oder durch die Kapillarwände. Man kann sie im Blutstrom in der Nachbarschaft der Infektionsherde sehen. Die meisten Bazillen, welche das Blut erreichen, werden schnell von Leukozyten aufgenommen und verdaut, aber manche entrinnen dem Kreislauf auf einem oder dem andern von 2 Wegen, nämlich durch die Kapillaren der Niere in den Urin oder durch die Wände der Hirngefäße in die adventitiellen Lymphräume. Der weitere Zerfall der Bazillen, der in diesen Lymphräumen Platz greift, verursacht eine lokale toxische Wirkung. Es gibt so eine allgemeine Toxämie infolge des Zerfalls der Bazillen am Sitze der Invasion und im Blut, und außerdem eine lokale toxische Wirkung im Gehirn infolge des Zerfalls der Bazillen, die das Endothel der Hirngefäße passiert haben. In manchen Fällen folgt dem erfolgreichen Zurückschlagen der Invasion eine längere Periode, in der die Bazillen niedergehalten werden. Klinisch entspricht das einer Remission. Gewöhnlicher ist eine andauernde, verhältnismäßig geringe Absorption von Toxinen von dem Infektionsherde aus und eine Reihenfolge von mehr oder weniger schweren Invasionen, die von Zeit zu Zeit zurückgeschlagen werden. Schließlich aber werden die Verteidigungskräfte überwunden. Es kommt dann zu einem verhängnisvollen paralytischen Anfalle.

Bezüglich der Pathogenese der Tabes dorsalis ist zu erwähnen, daß Orr und Rows kürzlich gezeigt

haben, daß tabetische Läsionen des Rückenmarks durch die Absorption von Toxinen von peripheren Infektionsherden aus hervorgerufen werden können. Die Toxine wandern an den Perineuralscheiden, ohne die Nervenfasern zu schädigen und affizieren die Fasern der hinteren Wurzeln beim Eintritt in das Rückenmark an der Stelle, wo sie ihr Neurilemm verlieren. Mit Rücksicht auf die ähnlichen Läsionen bei der Tabes ist es notwendig, hier nach entsprechenden peripheren Infektionsherden zu suchen. Nach den jetzigen Forschungen ist es wahrscheinlich, daß dieser Herd in der Blase liegt. In 10 aufeinanderfolgenden Fällen von Tabes (3 waren Fälle, von denen das Material von Dr. Orr in Prestwich-Asylum geliefert wurde) wurden außerordentlich zahlreiche lebende diphtheroide Bazillen im Urin gefunden, und deshalb litten auch diese Patienten an diphtheroider Cystitis. In diesen Fällen waren die Bazillen in zu großer Zahl vorhanden, als daß sie völlig aus der Uretha stammen konnten, welche in anderen Fällen sehr häufig einige diphtheroide Bazillen enthielt. Wenn weitere Beobachtungen das Resultat dieser 10 Fälle bestätigen, so müßten wir schließen, daß bei Tabes im Traktus urinarius ein Infektionsherd sitzt, vergleichlich dem, der bei allgemeiner Paralyse im Respirations- und Ernährungstrakt vorkommt. Von dem Herde aus machen die Bazillen Einfälle und bringen so wesentlich größere toxische Wirkungen hervor, als die, welche durch die einfache Passage zerfallender Bazillen durch den Harntrakt resultieren.

Es ist sicher, daß der Paralytiker sich verteidigt und oft mit längerem Erfolge, indem er spezifische bakteriolytische Antikörper hervorbringt. Es scheint deshalb wünschenswert, solche Antikörper bei geeigneten niederen Tieren zu erzeugen und sie als therapeutische Mittel zu verwenden. Diese Behandlungsmethode ist jetzt am Royal Edinburgh Asylum in Angriff genommen worden.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VI.

Aus der Literatur des Jahres 1906 zusammengestellt

von Professor Dr. *Ernst Schultze.*

(Fortsetzung.)

§ 1339. 2. P.O. §§ 617. 622.

Es ist von Amts wegen zu prüfen, ob die Eheanfechtungsklage rechtzeitig erhoben ist. (R. G. IV. 11. April 1906.)

D. R. pag. 803. Entsch. Nr. 1936.

§ 1568.

Auf die Klage des Ehemannes wegen Trunksucht der Ehefrau wurde die Ehe geschieden und die Revision der Ehefrau zurückgewiesen. Zutreffend sind beide Vorinstanzen von der Annahme ausgegangen, daß beharrliche Trunksucht eines Ehegatten als ehrloses oder unsittliches Verhalten im Sinne des § 1568 B. G. B. aufgefaßt werden, und, wenn die übrigen Voraussetzungen dieser Gesetzesvorschrift gegeben seien, einen Scheidungsanspruch des andern Ehegatten begründen könne. Begr. B. G. B. Bd. IV., S. 595, R. G. IV. 18. Nov. 1901 in J. W. 1902, S. 71, R. G. IV. 5. Juni 1902 in J. W. 1902, Beilage, S. 248, Nr. 50. Die Beklagte ist durch Gerichtsbeschluß vom 11. Jan. 1904 wegen Trunksucht entmündigt und auf Anordnung ihres Vormundes am 17. April 1904 in einer Trinkerheilanstalt untergebracht worden, in der sie sich seitdem befindet. Die auf Trunksucht der Beklagten gestützte Scheidungsklage des Ehemannes ist dem Vormunde der Beklagten am 26. Juni 1904 zugestellt worden. Mit Rücksicht auf diesen Tag der Klagezustellung hat das L. G. geprüft, ob die Trunksucht der Beklagten als eine ihr anzurechnende Verfehlung mindestens noch am 26. Dezember 1903 bestanden habe, und es hat diese Frage bejaht. Das Berufungsgericht führt aus, die Verschuldung der Beklagten reiche auch in die Zeit nach dem 26. Dezember 1903 hinein. Ohne Rechtsirrtum geht das Berufungsgericht davon aus, daß auch ein wegen Geistesschwäche beschränkt geschäftsfähiger Ehegatte für schwere Eheverfehlungen gemäß § 1568 B. G. B. verantwortlich zu machen sei. Es folgert dann aus dem Briefe, den die Beklagte an ihren Pfleger am 15. Mai 1905 geschrieben hat, daß sie sich ihres Fehltritts vollständig bewußt gewesen sei, und gelangt zu dem Ergebnisse, daß sich die Beklagte, mögen auch ihre geistigen Fähigkeiten infolge des Trunkes geschwächt worden sein, bis in die entscheidende Zeit hinein in einer ihr als Schuld anzurechnenden Weise, dem übermäßigen Genusse geistiger Getränke hingegeben habe. Die von dem Berufungsgericht aus dem Inhalt des Briefes gezogenen Schlußfolgerungen lassen sich rechtlich nicht beanstanden. (R. G. IV. 15. Januar 1906.)

J. W. pag. 140.

§ 1569.

. . . Ein Fortbestehen der geistigen Gemeinschaft zwischen den Ehegatten kann zwar nicht schon daraus gefolgert werden, daß der Beklagte sich noch bewußt ist, verheiratet zu sein, wohl aber kann man sie dann nicht für aufgehoben erachten, wenn der Beklagte noch in Liebe an seiner Frau und seinen Kindern hängt und deshalb bei dem Gedanken einer ihm drohenden Scheidung in sichtliche Erregung gerät. Was unter Aufhebung der geistigen Gemeinschaft zu verstehen ist, darüber bestehen erhebliche Meinungsverschiedenheiten. Eine Beeinträchtigung der geistigen Gemeinschaft, d. h. des Bewußtseins der durch die sittliche Grundlage der Ehe begründeten gegenseitigen Rechte und Pflichten und des dementsprechenden gemeinschaftlichen Denkens und Fühlens wird in größerem oder geringerem Grade fast bei jeder Geisteskrankheit vorliegen, und es kann auch eine größere Beeinträchtigung nicht genügen zur Scheidung der Ehe, sondern dazu ist nach dem § 1569 B. G. B. die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft erforderlich. Ob wirklich eine Aufhebung vorliegt, ist nur nach den konkreten Verhältnissen jedes einzelnen Falles zu entscheiden, und im vorliegenden Falle kommt dafür in Betracht, daß die geistigen Fähigkeiten und Interessen des Beklagten von Jugend auf sehr geringe waren, er hatte ein menschenscheues, schweigsames Wesen und neigte zum Grübeln und Träumen. So war der Beklagte bei Eingehung der Ehe; sein Zustand verschlimmerte sich dann namentlich infolge der Angst und Sorge bei einer schweren Krankheit seiner Frau, und er selbst hat dem Sanitätsrat Dr. G. bei der jetzigen Untersuchung angegeben, dadurch sei er so heruntergekommen, er habe sich Gedanken wegen seiner Kinder gemacht. Demnach kann man nur sagen, daß die geistige Gemeinschaft zwischen dem Beklagten und seiner Ehefrau, die infolge seiner geringen Intelligenz und seines grübelnden, träumerischen, schweigsamen Wesens immer nur auf niedriger Stufe stand, durch Verschlimmerung seines Geisteszustandes noch mehr getrübt, nicht aber, daß sie aufgehoben ist. Die Verschlimmerung des Geisteszustandes des Beklagten, woran dieser nach der Beweisaufnahme gar keine Schuld trägt, ist eine Krankheit, die die Klägerin als Ehefrau, welche Freud und Leid mit ihrem Ehemann zu teilen hat, tragen muß, wie sie auch schwere körperliche Krankheit zu ertragen haben würde. (L. G. in X. . . .)

Psych.-neurol. Wochenschr. 1906. Nr. 22, pag. 198—200.

§ 1571. Abs. 1.

Dem Kenntniserlangen vom Scheidungsgrunde steht ein Kennenmüssen nicht gleich. (R. G. IV. 12. Okt. 1905.) D. R. pag. 1138. Entsch. Nr. 2629.

§ 1886.

Ein dauernder Widerstreit der Interessen des Mündels und jener des Vormundes rechtfertigt dessen Entlassung. (Bayer. Ob. L. G. 16. Dez. 1905.)

D. R. pag. 118. Entsch. Nr. 168.

§ 1910.

Eine Verständigung mit einem unter Pflegschaft zu stellenden Gebrechlichen ist nicht schon dann unmöglich, wenn der Gebrechliche eine gültige Willenserklärung abzugeben außer stande ist, sondern nur dann, wenn es nicht möglich ist, ihm die Absicht und Bedeutung der Pflegschaftsanordnung verständlich zu machen, und der Gebrechliche nicht imstande ist, sich in einer dem Gerichte verständlichen Weise über sein Einverständnis zu der beabsichtigten Maßregel zu äußern. (K. G. 9. März 1905.)

D. R. p. 184. Entsch. Nr. 318.

§ 1910.

Ist infolge eines geistigen Gebrechens ein Volljähriger außer stande, eine auf vernünftigen Erwägungen beruhende Willensmeinung zu äußern, so kann für ihn ohne seine Einwilligung ein Pfleger bestellt werden.

Die Möglichkeit der Verständigung liegt nicht schon deswegen vor, weil G. M. R. die Bedeutung der beantragten Anordnung einer Pflegschaft kennt und seiner Willensmeinung über diese Maßregel klaren Ausdruck zu geben vermag. Es kommt vielmehr darauf an, ob die Willensmeinung, die er äußert, durch vernünftigen Erwägungen folgende Überlegung bestimmt oder von krankhaften Vorstellungen beherrscht ist. Ist bei seiner Entschließung infolge der Geisteskrankheit die freie Willensbestimmung ausgeschlossen, so ist, wie der jetzt entscheidende Senat schon in dem Beschlusse vom 6. Mai 1905 ausgesprochen hat, darüber, ob die Pflegschaft anzuordnen sei, eine Verständigung mit ihm nicht möglich, sein Widerspruch stellt sich nicht als das Ergebnis einer Verständigung dar, sondern als einen Ausfluß seiner Geisteskrankheit und vermag deshalb die Anordnung einer Pflegschaft nicht zu verhindern. Damit steht auch der Beschluß des K. G. Berlin vom 9. März 1905 nicht im Widerspruch; er verneint, ohne sich mit der hier in Betracht kommenden Frage zu befassen, daß jede Geisteskrankheit ohne weiteres die Möglichkeit einer Verständigung ausschließe, und be-

zeichnet es als den Gegenstand besonderer Prüfung und Feststellung, ob ihr diese Wirkung zukommt. Das Beschwerdegericht durfte sich daher der Prüfung der von der Beschwerdeführerin aufgestellten Behauptung, daß ihr Mann in der Frage der Anordnung einer Pflegschaft für das Scheidungsverfahren ebenso von seinen krankhaften Vorstellungen beherrscht sei, wie in seinem Verhalten in diesem Verfahren, nicht entschlagen. (Bayr. O. L. G. 20. Okt. 1906.)

D. R. p. 1320. Nr. 3207.

IV. Zivilprozessordnung.

§ 29.

Bei klinischer Behandlung ist für das Arzthonorar kein Gerichtsstand des Erfüllungsortes begründet. (K. G. 21. Februar 1901.)

D. R. p. 1007. Entsch. Nr. 2391.

§§ 286, 313, Nr. 4, Z. P. O.

§§ 10, 11, 26, A. L. R. I 6.

. . . Allerdings hatte der Beklagte gemäß §§ 10, 11 und § 26 A. L. R. I 6 der Klägerin für allen, auch den nur mittelbaren Schaden, welcher durch die Beobachtung des Gesetzes hätte vermieden werden können, aufzukommen. Allein wenn das Leiden der Klägerin zu einem unterscheidbaren Teile lediglich die Folge der durch den Prozeß in ihr hervorgerufenen Gemütsbewegungen ist, so kann solche schädigende Wirkung des unternommenen, bezw. schwebenden Rechtsstreites nicht auf den vom Beklagten zu vertretenden Unfall als die Ursache zurückgeführt werden.

Diese Einwirkung des Prozesses ist auch nicht einmal als mittelbare Folge der unerlaubten Handlung des Beklagten im Sinne von § 3 A. L. R. I 6 anzusehen. Der Schade hat in soweit seine Entstehungsursache in besonderen Umständen, welche in der Persönlichkeit der Klägerin, einer gesteigerten körperlichen und psychischen Empfindlichkeit derselben gegenüber den mit der Prozeßführung verknüpften Eindrücken gelegen sind oder die, wenn sie auch nicht bloß individueller Natur sein mögen, doch als selbständige, von dem Unfall der Klägerin rechtlich unabhängige Kausalität in Betracht kommen. Allerdings würde die hier fragliche Schadensfolge nicht eingetreten sein, wenn sich der Unfall, welcher zu dem Prozeß geführt hat, nicht ereignet hätte. Allein durch solchen bloß äußerlichen, tatsächlichen Zusammenhang ist die innere Beziehung zwischen dem Verschulden des Beklagten und dem Schaden, wie sie auch in den Vorschriften des Pr. A. L. R. (vergl. §§ 8, 10, 11, 13 I 3, R. G. 42, 291 ff.) immerhin vorausgesetzt wird, noch nicht hergestellt; ein adäquater Kausalzusammenhang ist damit noch nicht begründet, daß der vom Beklagten zu vertretende Unfall den Anlaß zu dem späteren Rechtsstreit gegeben hat. Die tatsächlich hier bei der Klägerin eingetretene Folgeerscheinung, die nicht durch ihre körperliche Verletzung an sich, sondern durch das hinzugekommene Prozeßverfahren herbeigeführt ist, fällt außerhalb des Bereiches der Schädigung, welche der Beklagte als Folgen seiner unerlaubten Handlung zu verantworten hatte. Denkbar wäre es zwar, daß der vom Verletzten auf Schadenersatz belangte Schuldner einen nachteiligen Einfluß der Prozeßführung auf die Gesundheit des Klägers zu vertreten hätte, wofern der Beklagte mutwillig oder chikanös den begründeten Anspruch des Klägers bestritten hatte. (R. G. VI. 5. März 1906.)

J. W. p. 231.

§§ 287, 323.

Der im Falle eines Unfalls Ersatzpflichtige, der die zeitliche Beschränkung einer auf Lebenszeit beanspruchten Rente aus dem Grunde beantragt, weil der Verletzte auch ohne den Unfall dauernd in späterem Lebensalter den genossenen Verdienst nicht gehabt haben würde, hat die Umstände geltend zu machen und eventuell nachzuweisen, welche geeignet sind, für eine solche Annahme die erforderliche Unterlage zu schaffen. Eventuell bietet der § 323 Z. P. O. die geeignete Handhabe, um bei veränderten Verhältnissen auch eine Änderung des Urteils zu erwirken. (R. G. II. 2. Febr. 1906.)

D. R. p. 308. Entsch. Nr. 769.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Oesterreichische kriminalistische Vereinigung**. Diskussion über die Reform des Vorverfahrens. (Sitzungen in Wien vom 19. und 30. November und vom 19. Dezember 1906).

Professor Dr. H. Groß (Prag) hält den einleitenden Vortrag. Der heutige Stand des Vorverfahrens ist nicht zufriedenstellend. Daß eine Reform des Vorverfahrens in Oesterreich notwendig ist, kann nicht bestritten werden. Da handelt es sich zunächst um die kardinale Frage, ob alles neu gemacht werden soll, oder ob es sich empfiehlt, an den Grundzügen des jetzigen österreichischen Vorverfahrens

festzuhalten. Vortr. setzt sich für Letzteres ein. Zu verwerfen sei vor allem bloßer Eklektizismus; was im Rahmen eines Strafrechtes wertvoll ist, kann im Rahmen eines andern störend sein. Die Reform soll daher vielmehr darauf zielen, das System, das sich im großen und ganzen bewährt hat, in seinen Details so gut als möglich auszugestalten.

In Deutschland hat der Staatsanwalt einerseits größere Befugnisse als in Oesterreich, namentlich bezüglich der Vorerhebungen, andererseits geringere Rechte hinsichtlich der Einstellung des Verfahrens. Das schottische Verfahren räumt dem Staatsanwalt die weitestgehenden Befugnisse ein; der Staatsanwalt hat hier das ganze Vorverfahren zu leiten und ersetzt auch den Untersuchungsrichter. Es muß aber wohl betont werden, daß die Persönlichkeit des unabhängigen Untersuchungsrichter dem Staatsbürger eine sicherere Gewähr bietet. Auch ist zu bedenken, daß die Voruntersuchung oft eine Art Hauptverhandlung im kleinen ist; es ist also nicht gut, daß der Untersuchungsrichter durch den Staatsanwalt ersetzt wird. Aehnliche Gründe sprechen gegen ein gemischtes Verfahren, bei dem Staatsanwalt und Untersuchungsrichter gleichzeitig arbeiten.

Wichtig ist die Frage, inwieweit das Vorverfahren kontradiktorisch sein soll. Die einen wollen das ganze Vorverfahren kontradiktorisch haben, die andern nur das Eröffnungsverfahren. Die erstere Forderung stößt auf kaum überwindbare Schwierigkeiten; sie ist aber auch übertrieben. Wenn man die Tätigkeit des Untersuchungsrichters in der richtigen Weise auffaßt, wenn man also erkennt, daß für den Untersuchungsrichter jeder einzelne Fall ein wissenschaftliches Problem zu sein hat, an das er ganz voraussetzungslos herantreten soll, wird man nicht so ängstlich darauf bedacht sein, das Vorverfahren kontradiktorisch zu gestalten.

Weiter wäre zu erwägen, ob und in welcher Beziehung das Verfahren der Vorerhebung auszugestalten wäre. Etwa so, daß die Vorerhebungen zu regelrechten Voruntersuchungen werden (Vorerhebungsrichter)? Außerdem wäre die Frage des Anklageprinzips aufzurollen, ferner die Frage, ob der Staatsanwalt auch die Tat zu qualifizieren haben soll usw.

Professor Dr. Löffler (Wien) ist gegen die Voruntersuchung durch den Staatsanwalt, weil dieser, nachdem er einmal den Verdacht ausgesprochen hat, nicht mehr unvoreingenommen sein kann. Auch erhält der Zeuge bei der ersten Vernehmung sozusagen erst die Formulierung seiner Wahrnehmungen, der Zeuge — besonders der minderintelligente Zeuge — gelangt bei der ersten Vernehmung „in den Besitz einer Formel," die er bei der Hauptverhandlung einfach wiedergibt; es ist nun gewiß nicht gleichgültig, ob diese Formulierung unter Mitwirkung des nicht voreingenommenen Untersuchungsrichters oder des jedenfalls voreingenommenen Staatsanwaltes erfolgt. Redner tritt schließlich für die völlige Trennung der Karrière der Untersuchungsrichter von der der staatsanwaltschaftlichen Funktionäre ein.

Oberstaatswalt Dr. Hoegel wendet sich gegen die Behauptung des Vorredners, daß der Staatsanwalt voreingenommen sein müsse; er dürfe es gar nicht sein, sein Amt sei keineswegs die blindwütige Verfolgung.

Prof. Löffler begründet dem gegenüber seinen Standpunkt.

Oberlandsgerichtsrat Dr. Wach regt an, daß die Diskussion an der Hand eines Fragenschemas abgeführt werden solle.

Prof. Groß macht sich erbötig, ein solches Schema auszuarbeiten.

In der Sitzung vom 30. November 1906 liegt dieses Schema bereits vor.

I. Anklageprinzip oder Anklageverfahren?

a) Anklageprinzip, bei welchem der ganze Prozeß in Einleitung, Durchführung und Beendigung, im ganzen und in den einzelnen Momenten, auf Anklage beruht, welche auch durchgeführt wird, wo die Maxime nicht haltbar ist (z. B. § 89 Abs. 2, 262, 457, Schluß etc.).

b) Anklageverfahren, bei welchem eine Anklagebehörde besteht, bei der sowohl angezeigt wird und die im Namen der Bürger anzeigt, die auch prozessuale, anklagende Funktionen übernimmt, welche zum Zwecke des Ganges des Verfahrens nötig erscheinen.

II. Vergleich der östreichischen und reichsdeutschen St. P. O., namentlich:

§§ 150 bis 168; 176 bis 195; 199 bis 209 D. R. St. P. O. und § 75 D. Ger. Verf. Ges.

III. Vorverfahren neu machen oder ändern?

A. Ganz neu machen:

a) Der Staatsanwalt macht alles: Vernehmen, Konfrontieren, Verhaften, Haussuchung, Lokalaugenschein, Requisitionen etc.

b) Der Staatsanwalt darf bloß Zeugen eruieren und vernehmen, Requisitionen erlassen, Feststellungen durch Polizei-Gendarmerie veranlassen — während alles, was:

α) ein Eingriff gegen den Beschuldigten oder:

β) eine vorausgenommene Konstatierung für die Hauptverhandlung darstellt (Haussuchung, Lokalaugenschein etc.) — durch den Untersuchungsrichter vorgenommen werden muß.

c) Es bleibt bei der Voruntersuchung mit der Tätigkeit durch den Untersuchungsrichter, aber in kontradiktorischer Form, und zwar entweder:

α) wirklich kontradiktorische Voruntersuchung oder:

β) Voruntersuchung wie jetzt, aber am Schlusse kontradiktorisches Eröffnungsverfahren.

d) Es bleibt bei der Voruntersuchung durch den Untersuchungsrichter, aber diese ist öffentlich und es gäbe entweder:

α) öffentliche kontradiktorische Voruntersuchung oder:

öffentliche kontradiktorische Eröffnungsverhandlung.

B. Unser Verfahren bloß verbessern; namentlich:

1. Aenderungen im Gesetze selbst:

a) Vorerhebungen bei den Bezirksgerichten genau regeln.

b) Rechtsmittelverfahren umformen und die Frage der Mündlichkeit (insbesondere bei den Beschwerden gegen den Untersuchungsrichter und Einspruch gegen die Anklage) erwägen.

c) Haftverhängung.

d) Delegierung der Voruntersuchung an Bezirksgerichte.

2. Aenderungen in der Auffassung:

a) Jede Untersuchung ist als wissenschaftliches Problem anzusehen, welches voraussetzungslose Forschung verlangt. Dann fällt das Märchen vom Verfolger und Entscheider in einer Person des Untersuchungsrichters von selbst weg.

b) Dementsprechend muß für den Untersuchungsrichter die äußerste wissenschaftliche Bildung und Stellung verlangt und es müssen ihm die Mittel zu ihrer Erreichung geboten werden.

c) Die Untersuchungsrichter sind möglichst lange in ihrer Stellung zu belassen, diese muß als ein Vorteil im Vorwärtskommen gestaltet werden, und es muß der Untersuchungsrichter nicht bloß als solcher — etwa bis zum Oberlandesgerichtsrat inklusive — avancieren können, sondern er muß hierbei auch besser vorwärts kommen, als in anderer Stellung.

Gerichtsarzt Dr. Stransky (Wien) will vom Standpunkte des Psychiaters kurz einige Wünsche zur Strafprozeßreform vorbringen. Der erste bezieht sich darauf, daß man den psychiatrischen Sachverständigen möglichst frühzeitig mit der Person des Inkulpaten bekannt werden lassen möge. Es wäre da vielleicht zweckmäßig, bei gewissen Kategorien von Delikten, z. B. bei Affektdelikten, bei denen erfahrungsgemäß ungemein häufig im Laufe der gerichtlichen Untersuchung an den Psychiater appelliert wird, baldmöglichst, eventuell gleich nach erfolgter Anzeige an das Gericht, resp. die Staatsanwaltschaft, und regelmäßig psychiatrischen Augenschein vornehmen zu lassen, falls dies äußerlich möglich ist. Es ist von großer Wichtigkeit: daß der Sachverständige den Täter, wenn schon nicht im Bewußtseinszustand, in dem er die Tat beging, so doch bald möglichst darnach sehe, um nicht erst nach Wochen und zuweilen Monaten aus dem ihm vorgelegten schriftlichen Aktenmaterial den Geisteszustand tempore delicti rekonstruieren zu müssen. Letzteres ist bisweilen eine recht mißliche Aufgabe, wenn man bedenkt, daß man meist auf den Angaben von Laien weiterbauen muß, wo doch feststeht, daß die Erkennung und Beurteilung mancher Zustände von Bewußtseinstrübung nicht einmal jedes Arztes Sache ist, sondern wirkliches psychiatrisches Wissen verlangt und selbst damit oft noch schwierig ist; Redner verweist auf die Ausführungen v. Sölders und v. Wagners in diesem Verein vor einigen Monaten (siehe Bericht in dieser Wochenschrift). Schließlich erhebt Redner noch gewisse Bedenken bezüglich des § 45 der österr. Strafprozeßordnung insofern darin die Bestimmung vorkommt, daß dem Beschuldigten auch die Gutachten der Sachverständigen auf Verlangen bekannt gegeben werden müßten. Redner weist darauf hin, daß es hier und da raffinierte Simulanten gebe, auf welche die im § 2 St. G. normierten Strafausschließungsgründe nicht zutreffen; diesen Leuten in den psychiatrischen Gutachten, die gerade in solchen Fällen äußerst genau und motiviert sein werden, förmlich Lehrbehelfe für die Zukunft an die Hand zu geben, mit deren Hilfe sie sich sozusagen ausbilden könnten, wäre doch unangebracht: gibt es doch sehr seltene, aber doch immerhin vorkommende Fälle, wo in äußerst geschickter und methodischer Weise Geisteskrankheit simuliert wird; wozu dem Vorschub leisten? Redner ist sich klar, daß hier in erster Linie juristische Gesichtspunkte entscheiden müssen, vermag aber von seinem engeren Standpunkte aus nicht einzusehen, welchen Sinn es haben soll, jemandem das psychiatrische Gutachten über seine Person direkt in die Hand zu geben; vielleicht ließe sich ein zweckentsprechender Mittelweg schaffen. (Autoreferat). (Schluß folgt.)

Personalnachrichten.

— **Irrenanstalt Friedrichsberg.** Der Assistenzarzt Dr. Karl Ernst Arthur Mordhorst, geboren am 3. Mai 1872 zu Flensburg, ist am gestrigen Tage von hier ausgeschieden.

— **Göttingen.** Der erste Assistenzarzt der Königl. Klinik für psychische und Nerven-Kranke, Privatdozent Dr. Wendenburg, ist zum Abteilungsarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Lüneburg ernannt.

— **Provinz Posen.** Die III. Aerzte an den Irrenanstalten Dr. Baller in Owinsk, Dr. Christoph in Obrawalde und Dr. v. Domarus in Dziekanka sind zu Oberärzten der betreffenden Anstalten ernannt worden.

— **Bremen.** Am 25. April verstarb Herr Dr. Scholz, früherer Direktor der Krankenanstalt und des St. Jürgenasyls in Bremen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 7. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft in Stärke von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark

An der hiesigen Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt sind die Stellen von

2 unverh. Assistenzärzten,

die 1. am 16. Mai d. Js., die andere am 1. August d. Js. zu besetzen. Dieselben sind mit einem baren Anfangsgehalte von jährlich 1800 M, welches von Jahr zu Jahr um 100 M bis zur Höhe von 2300 M steigt, sowie mit freier Dienstwohnung und Ausstattung, Heizung und Beleuchtung nach Bedarf, Beköstigung im Anschlusse an die erste Klasse sowie Reinigung, Mangeln und Plätten der Leibwäsche verbunden. Bei Bewährung erfolgt nach 3 Jahren lebenslängliche Anstellung, nach 5 Jahren Ernennung zum Abteilungsarzte mit einem Anfangsgehalte von 2400 M steigend bis 3600 M neben den Naturalbezügen der Assistenzärzte, bezw. entsprechende Geldentschädigung bei Verheiratung, Aufrücken zum Oberarzt mit 3600 bis 6000 M Jahresgehalt, Dienstwohnung usw. bei eintretenter Vakanz dem Dienstalter entsprechend. — Bewerbungsgesuche sind unter Beifügung geeigneter Atteste und eines Lebenslaufes an den unterzeichneten Anstaltsdirektor zu richten.

Kreuzburg in Schlesien,
den 2. Mai 1907.

Dr. Brückner, Geh. Sanitätsrat.

Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz (Posen).

Eine neugeschaffene

Assistenzarztstelle

ist sofort zu besetzen. Anfangsgehalt 2000 M; steigend jährlich um 100 M, daneben freie Station. Nach 5 jähriger Dienstzeit in der Provinzialverwaltung Posen Anstellung auf Lebenszeit mit Pensionsberechtigung bei 3300 M. Anfangsgehalt und Familienwohnung, Psychiatrische Vorbildung nicht erforderlich. Meldung an die Direktion.

Verlagsbuchhandlung Carl Marhold in Halle a. S.

Der Warenhausdiebstahl.

Von

Dr. med. **Leop. Laquer,**
Nervenarzt in Frankfurt a. M.

Preis M. 1,—

Psychiater

mit langjähriger, guter Vorbildung, seit mehr als einem halben Jahrzehnt mit vorzüglicher Qualifikation im Dienste einer bayerischen Kreisirrenanstalt tätig, sucht wegen der Unmöglichkeit hier vorwärts zu kommen und wegen der absolut ungenügenden Gehaltsverhältnisse, die trotz aller Vorstellungen an maßgebender Stelle eine Besserung in absehbarer Zeit nicht erhoffen lassen, in Staats- oder Privat-Heilanstalt möglichst selbständige Stellung, die auch mehr Gelegenheit als die bisherige zu wissenschaftlicher Tätigkeit bietet. Offerten erbeten unter **M. B. 1299** an **Rudolf Mosse, München.**

Bei der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Bonn ist die Stelle des

Oberpflegers

zu besetzen. Geeignete Bewerber wollen ihre Gesuche nebst Zeugnissen umgehend an die Anstaltsdirektion einsenden.

Anfangsgehalt 1200 M., steigend alle 2 Jahre um 100 M. bis zum Höchstgehalt von 1800 M., außerdem freie Station II. Klasse für seine Person (Wert 600 M.), sowie Familienwohnung mit Brand und Licht. Die Stelle ist pensionsberechtigt.

Bonn a. Rh., den 29. April 1907.

Die Direktion.

Bekanntmachung.

An der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Rittergut Alt-Scherbitz bei Schkeuditz (Eisenbahn Halle-Leipzig) ist die

Volontärarztstelle

möglichst bald wieder zu besetzen, Gehalt 1800 M neben vollständig freier Station.

Bewerbungen unter Beifügung eines Lebenslaufes und von Abschriften der Approbation, wie etwaiger Zeugnisse werden an die Direktion der Anstalt erbeten.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler.**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale Fernsprecher 823.

Nr. 7. 11. Mai. **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Beschäftigungstherapie bei Geisteskranken*).

Von Dr. *Josef Starlinger*, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling.

Meine Herren!

Schon Parchappe sagt: Die Arbeit ist nicht bloß ein Gebot für den Menschen, sondern ein Bedürfnis. Es darf daher nicht Wunder nehmen, daß in neuester Zeit die Beschäftigung auch in den Irrenanstalten als naturnotwendig erkannt und in der Folge geradezu zu einer Therapie ausgebaut wurde.

Ganz neu ist allerdings auch dieses Heilmittel nicht, weder für die Geisteskranken, noch für die kranke Menschheit überhaupt. Das sagt schon Paetz in seiner „Kolonisierung der Geisteskranken", ja in Wirklichkeit dürfte es wohl kaum einen Zeitabschnitt gegeben haben, in dem Geisteskranke nicht beschäftigt worden sind.

Neu ist nur die prinzipielle Anwendung der Beschäftigung, ihre systematische Verwertung zu therapeutischen Zwecken, sowie die hohe Bedeutung, die dieses Mittel in letzter Zeit, zumal in Irrenanstalten, erlangt hat.

Es wäre verlockend, dem allmählichen Werdegang dieser therapeutischen Richtung etwas detaillierter nachzugehen, auch wäre es sicherlich von großem Interesse, das gestellte Thema ganz allgemein und unter Zugrundelegung der Erfahrungen aller in dieser Hinsicht in Frage kommenden Betriebsstätten abzuhandeln, aber der historische Rückblick würde zu weit abführen und müßte zumeist Bekanntes wiederholen und für eine allgemeine Behandlung unserer Frage fehlt es zur Zeit noch an den nötigen Veröffentlichungen dieser Art.

Es scheint mir aus diesem Grunde überhaupt fraglich, ob eine solche allgemeine Abhandlung derzeit schon von besonderem Wert wäre, selbst wenn sie versucht würde. Praktisch wichtiger ist sicherlich die Vorführung von konkreten Verhältnissen und deshalb beschränke ich mich zumeist auf die Beschäftigungstherapie in Mauer-Öhling, für die ja bei der Errichtung dieser Anstalt die Erfahrungen an anderen Orten vielfach vorbildlich gewesen sind.

Ich fasse demnach die Aufgabe meines heutigen Vortrages dahin auf, daß ich unter Zugrundelegung der auf die Beschäftigung der Geisteskranken sich beziehenden prinzipiellen Einrichtungen in Mauer-Öhling, die daselbst gemachten Erfahrungen darlege und eventuell noch jene Ausblicke anfüge, die sich uns unmittelbar zu ergeben scheinen.

Mauer-Öhling war von Haus aus für die Beschäftigungstherapie geaicht. Schon im Statute heißt es, daß diese Anstalt für die Beschäftigung von heilbaren und unheilbaren Geisteskranken dienen soll, und nach § 18 hat eine angemessene Beschäftigung der Kranken eine ständige Sorge der Anstaltsärzte zu bilden.

Mit Rücksicht auf diesen Zweck wurde schon bei der Anlage der Anstalt auf eine große Anzahl Beschäftigungsarten Bedacht genommen, die seither ständig noch vermehrt wurden.

Unter Beschäftigung wurde stets jede Art von Betätigung, sei sie bloß nützlich oder nur unterhaltend, als zweckentsprechend verstanden und deshalb nicht bloß jede Arbeit, sondern auch jedes Vergnügen verwertet und zur Anwendung gebracht, wenn nicht ein besonderes Bedenken dagegen obwaltete.

Zur ersten Kategorie, zu den nützlichen Beschäftigungen, resp. Beschäftigungsmittel id est Arbeiten im vulgären Sinne zählen in erster Linie alle landwirtschaftlichen Arbeiten, wie sie in den zwei landwirtschaftlichen Betrieben, dem Wirtschaftshofe der Anstalt und in dem unweit derselben gelegenen großen Meierhofe, reichlichst zu Gebote stehen. Dazu kommen viele Park- und Gartenarbeiten, die Pflege

*) Vortrag, gehalten in der Wanderversammlung des Vereins für Psych. u. Neurol. in Wien vom 6. Okt. 1906.

der großen Gemüsefelder und das große Glashaus mit seiner Blumenzucht.

Weiter erlaubt das eigene große Werkstättengebäude alle gangbaren professionellen Arbeiten, wie Schuster, Schneider, Tischler, Schlosser, Schmiede, Korbflechten, Tapezierer, Anstreicher, Buchbinder und Buchdruckerei etc.

Ferner gewährt der große Holz- und Kohlenhof einer großen Zahl jugendlicher Schwachsinnigen mit dem Zurichten und Verfrachten von Holz und Kohle in die einzelnen Pavillons beliebte und passende Beschäftigung.

Den weiblichen Pfleglingen bietet wiederum das große Feld der häuslichen Arbeiten, die Anstaltsküche und Wäscherei, die Näh- und Spinnstuben, sowie die sonstigen weiblichen Handarbeiten nicht bloß unerschöpfliche, sondern auch weitgehendst individualisierbare Betätigung.

Auch ein eigenes Atelier für Zeichnen, Malen, Laubsägen, Formen findet stets lebhaften Zuspruch.

Eine Reihe von Kranken findet Verwendung in den Kanzleien der Anstalt und privaten Haushaltungen der Angestellten.

Schließlich gibt es eine größere Anzahl von Patienten und Patientinnen mit ganz speziellen Beschäftigungen, wie Briefträger, Kutscher, Gänsemädchen, Wegmacher, Gemüseausträger, Badediener, Bodenbürster, Ministrant und dergl., wie es eben ein großes Hauswesen jeweils gebiert und mit sich bringt.

Dieselbe Mannigfaltigkeit, wie diese nützlichen Betätigungen, zeigt die zweite Kategorie der Beschäftigungsmittel, die mehr oder ausschließlich unterhaltender Natur sind.

Nicht bloß, daß alle gewöhnlichen kirchlichen und profanen Feste in der Anstalt ihren lebhaften Widerhall finden, werden alljährlich mehrere spezielle Anstaltsfeste begangen, wie Schlußsteinlegung der Anstalt, Pratereröffnung, wozu oft tagelange Vorkehrungen nötig sind und die Kranken in Spannung erhalten.

Inzwischen wird die Zeit möglichst ausgefüllt mit Theater oder Konzerten, bei denen die Kranken ausschließlich oder vielfach mitwirken, oder mit Grammophon-, Urania-, Varieté- und sonstigen Vorträgen unterhaltender oder belehrender Art, damit die Monotonie des Anstaltslebens möglichst unterbrochen und nicht besonders beengend empfunden wird.

Auch dem Sport, wie Lawn Tennis, Krocket, Radfahren, Schlittschuhlaufen, Eisschießen etc., wird fleißig gehuldigt und namentlich Pensionäre hierzu aufgemuntert, wenn sie zu einer anderen Beschäftigung nicht zu bewegen sind.

Auf jeder Abteilung befinden sich die gangbarsten Gesellschaftsspiele, fast überall sind Klaviere oder Billards vorhanden, liegen Zeitungen und Zeitschriften auf und steht eine größere Bibliothek möglichst uneingeschränkt zur Verfügung.

Musik, Gesang, Turnen wird gerne und fleißig betrieben zur Freude der Ausübenden sowohl, wie der Zuhörer, resp. Zuschauer.

An Sonn- und Feiertagen machen zahlreiche Kranke einzeln und in Gruppen mit und ohne Begleitung Ausflüge in die Umgebung.

Eine besondere Einrichtung besitzt die Anstalt im sogenannten Anstaltsprater. Abseits von der Anstalt, mitten im Walde, befindet sich eine Lichtung, in der ein Musikpavillon mit Tanzboden, Ringelspiel, Marionettentheater, Glückshafen, Kegelbahnen und Buschenschänken errichtet sind. Dahin wandern allsonn- und feiertäglich alle halbwegs verläßlichen Kranken nach der Nachmittagspause, um sich bei Musik, Tanz etc. bis zum Abendessen zu unterhalten.

Außer den genannten Arbeiten und Unterhaltungen liefern die 95 Familienpflegestellen noch eine Reihe von Beschäftigungs- und Ablenkungsmöglichkeiten mit all dem, was das gewöhnliche Leben zu bieten pflegt.

Selbst die Freuden und Leiden des Familienlebens bleiben nicht unwirksam zur Ablenkung der kranken Regungen.

Trotz dieser nur summarischen Aufzählung unserer Beschäftigungsmittel ist wohl schon deren große Reichhaltigkeit und Mannigfaltigkeit deutlich ersichtlich, wie sie nicht häufig in einer Irrenanstalt anzutreffen sein mag und noch seltener übertroffen werden dürfte. Dieses besonders zu betonen, ist mit Rücksicht auf dessen Bedeutung für unsere Frage nötig, wie später erhellen wird.

Vorderhand soll noch die Art der Anwendung der Arbeitstherapie und die Organisation der Arbeiten in Mauer-Öhling näher erläutert werden.

Alle Arbeiten stehen unter ärztlicher Leitung. Um 7 Uhr früh (im Winter $^1/_2$8 Uhr) findet täglich durch die Kolonieärzte im Beisein des Arbeitsoberpflegers die Arbeitsverteilung statt, die sich nachmittags um 1 Uhr wiederholt. Die Kranken beschäftigen sich in der Regel von 7—11 Uhr und von 1—5 Uhr, die Vor- und Nachmittagsjause eingerechnet. Alle Arbeitsgruppen werden tagsüber wiederholt von den Kolonieärzten, sowie dem Arbeitsoberpfleger kontrolliert, um sich von allen Vorkomm-

nissen an Ort und Stelle Kenntnis zu verschaffen und sich von der gehörigen Durchführung der ärztlichen und administrativen Anordnungen zu überzeugen.

Über alle Vorkommnisse und Beobachtungen hat der Arbeitsoberpfleger täglich einen schriftlichen Frührapport vorzulegen.

Daß niemand zur Arbeit gezwungen werden darf, braucht wohl nicht besonders hervorgehoben zu werden, obwohl dieses mit dem Momente des medizinalen Charakters der Beschäftigung nicht besonders in Widerspruch stünde. In dieser Hinsicht unterscheidet sich die Arbeitstherapie gar wesentlich von der übrigen Medikation in den Anstalten.

Für die eigentlichen Arbeiten haben sich bei uns einige Regeln als bemerkenswert herausgebildet, die für die Praxis der Anstalts-Therapie von Wert hier Erwähnung verdienen. So wird festgehalten, daß der oder ein gewisser Nützlichkeitscharakter an denselben leicht erkenntlich ist. Zwecklose Arbeiten werden möglichst oder ganz vermieden. Je wichtiger eine Arbeit, desto natürlicher erheischt sie Mithilfe und Anklang bei den Kranken.

Ein großes Gewicht wird auf die Kontinuität der Beschäftigung gelegt, und daß Tag für Tag geeignete Arbeiten vorgesehen sind. Zu dem Zwecke wird am Vortage schon das Arbeitsprogramm vom Wirtschaftsbeamten zusammengestellt und vom Direktor genehmigt. Die ununterbrochene Beschäftigung gelingt uns bei der großen Zahl der Beschäftigungen umso leichter und selbst im Winter hatten wir niemals Mangel an etwaiger passender Beschäftigung.

Das ist eben der große Vorteil einer großen Anstalt. So sehr über letztere die Ansichten geteilt sein mögen, diesen Vorzug wird eine große Anstalt immer voraus haben. Namentlich gilt dies für die professionellen Arbeiten.

Auch ein Grad von Stabilität und Verläßlichkeit kann in einer größeren Anstalt wegen der großen Zahl von Arbeitskräften auf allen Gebieten leichter geboten werden. Der Betrieb eines großen Hauswesens muß gesichert sein. Man kann nicht heute eine Zahl auswärtiger Kräfte aufnehmen und morgen wieder entlassen. Will man die Arbeitstherapie lebendig erhalten, darf man diesen Faktor niemals außer Acht lassen. Dieser Forderung vom rein ärztlichen Standpunkte wird auch schon deswegen Rechnung getragen, weil die Verläßlichkeit einer Arbeitskraft deren Ansehen erhöht, was wieder zu Lust und Freude an der Beschäftigung anregt.

Wie überall in der Psychiatrie der Individualisierung die größte Aufmerksamkeit geschenkt werden muß, so ist dies insbesondere bei der Arbeitstherapie nötig, wir gewähren daher den individuellen Neigungen größtmöglichste Berücksichtigung. Ja, wenn es halbwegs angeht, suchen wir in besonderen Fällen ganz spezielle Beschäftigungen zu ermöglichen, nur für den einen Kranken und manchmal oft nur für dessen Aufenthalt.

Eine ständige und sehr wesentliche Sorge der Ärzte bildet die Auswahl der Kranken zu den Arbeiten und nur, wer selbst praktisch dieses zu besorgen hat, weiß, welche Summe von Arbeit und Vorsicht der sorgsame Arbeitstherapeut in dieser Hinsicht zu leisten hat. Noch ist es aber nicht möglich, rein klinisch die Eignung jedes Kranken zur Beschäftigung festzustellen. Es versagen manchmal Kranke, denen man oft das beste Prognostikon für die Arbeitstherapie gestellt hatte, und wiederum gelingt es, Kranke zu ständigen Arbeitern zu erziehen, von denen man das gar nicht erhofft hätte.

Einen großen Dienst leistet uns für die Auswahl der Kranken die sogenannte klinische Arbeitsgruppe, deren Beschäftigung besonders ausgewählt wird. Drei Pflegepersonen sind derselben zugeteilt, eine zur Mitarbeit, eine zur Anleitung und eine dritte lediglich zur Aufsicht. Die Gruppe hat nur 12 Kranke. Hier werden nicht bloß alle zweifelhaften Fälle vorerst erprobt, ehe sie anderen freien Gruppen zugeteilt werden, sondern es werden auch von Zeit zu Zeit gar nicht explorierbare und ganz unzugängliche Kranke einfach dieser zugeteilt, um sie auf ihre Arbeitsfähigkeit zu erforschen, wenn nicht bestimmte körperliche oder psychische Gegengründe bestehen. Manche scheinbar unheilbare Verblödung und Apathie haben wir da schwinden gesehen beim Anblick eines gewohnten Instrumentes oder einer beliebten Arbeit, mancher ehemalige jahrelanger Korridorpatient wurde wieder sozial und zugänglich.

Mit Ausnahme der klinischen Gruppe haben alle übrigen Arbeitsgruppen nur einen Pfleger, die Arbeitspfleger (Professionisten) sind wirkliche Traktpfleger. Alle Pflegepersonen haben stets fleißig mitzuarbeiten. Viele Kranke beschäftigen sich ganz frei und selbständig. Wir haben in Summa 30 Arbeitspfleger und 26 ständige Arbeitsgruppen.

Soviel Arbeitsgruppen immer komplett und leistungsfähig zu erhalten, ist nicht leicht, wenn man bedenkt, daß die Anstalt alljährlich 500 Abgänge hat, die natürlich zum Großteil die Zahl arbeitsfähiger Kranker belasten, so daß wir unter den Arbeitsgruppen einen großen Wechsel haben. Die Besorgung des notwendigen Nachwuchses derart, daß alle Gruppen

leistungsfähig bleiben, ist daher keine leichte. Unsere Anregung besteht zunächst in der Betonung der therapeutischen Notwendigkeit der Beschäftigung und bei allen Visiten ist dies ein ständiges Mahnwort. Der gesundheitliche Zweck, das eigene persönliche Interesse wird immer gepredigt durch Ärzte und Pfleger. Arbeitsfähigkeit gilt als ein Hauptargument geistiger Gesundheit. In vielen Sälen sind auch diesbezügliche Inschriften angebracht. Außerdem kommen als spezielle Stimulantia zur Arbeit noch zur Anwendung Kostzubußen, Tabak, persönliche Gratifikationen, freiere Bewegung bis freie Sperre, Ausflüge, Unterhaltungen u. dergl. Da die Anstalt statuarisch abstinent ist, darf der Alkohol in der Hinsicht nicht verwertet werden und, weil die Arbeit ein Medikament.— und das tatsächlich ein oft ziemlich kostspieliges darstellt —, wird auch keine persönliche Entlohnung gewährt.

Unter Einhaltung der angeführten Verhältnisse lehren uns unsere Erfahrungen in Mauer-Öhling über die Arbeitstherapie folgendes:

Zunächst hat die Beschäftigung der Geisteskranken in keinem Falle unangenehme Folgen nach sich gezogen. Wir zählten an einem Junitage bei einem Stande von 1420 Kranken 766 sich beschäftigende Patienten und Patientinnen. Trotz dieser großen Zahl und trotz vielfacher riskanter Beschäftigungen, z. B. bei den maschinellen Betrieben, der Wäscherei, der Landwirtschaft etc., beim Baumfällen, Wagenverschieben, Mähen und vielerlei Erdarbeiten, haben wir niemals einen nennenswerten Unglücksfall zu verzeichnen gehabt, so daß wir neben der allgemeinen Unschädlichkeit auch noch die relative Ungefährlichkeit der Arbeitstherapie betonen können. Unser Verletzungsprotokoll weist im abgelaufenen Solarjahre 32 Verletzungen auf, darunter nur zwei bei den Arbeiten. Einmal quetschte sich ein Kranker leicht den kleinen Finger beim Futterschneiden und das andere Mal warf ein etwas übermütiger jugendlicher Imbeziller mit einem Kohlenstück nach einem anderen, so daß derselbe eine kleine Rißwunde am Kopfe davontrug.

Bezüglich der nun häufiger folgenden statistischen Angaben sei vorausgeschickt, daß diese sich nur auf Arbeiten im vulgären Sinne beziehen und diese nur dann als voll und zählungswürdig genommen wurden, wenn eine gewisse Tagesdauerleistung vorlag. Nur zeitweilige oder ganz unregelmäßige Beschäftigungen, sei es auf was immer für einem Gebiete, wurden nicht mitgezählt.

Auf dieser Basis hatten wir an dem genannten Junitage insgesamt 54% arbeitende Kranke.

Das ist für eine Irrenanstalt eine gute Durchschnittsziffer und zu ihrer vollen Würdigung ist das Ebengesagte, daß nur wirkliche Leistungen mitgezählt wurden, in Anrechnung zu bringen. Es gibt aber Anstalten, die 70—80% und selbst darüber ausweisen. So viel scheint festzustehen, daß unter sonst halbwegs modernen Einrichtungen, wozu namentlich der landwirtschaftliche Betrieb zu rechnen ist, und bei gewöhnlichem Durchschnittsmateriale von Kranken die Hälfte derselben zu nützlicher Arbeit in den Anstalten zu verwenden ist.

Tieferen Einblick für unsere Frage gewährt die Zusammenstellung der arbeitenden Kranken nach ihren Krankheitsformen.

Darnach beteiligten sich nach der schon mehrmals genannten Zählung im Juni l. J.

	männl.:	weibl.:	Summa:
Mit ang. Blödsinn	65	40	105
Mit ang. Schwachsinn	126	85	211
Melancholie	2	14	16
Tollheit (Manie)	—	2	2
Amentia	7	4	11
Paranoia	50	91	141
Psychosis periodica	6	8	14
Dementia	88	93	187
Paralysis prog.	9	2	11
Psych. cum epileps.	27	16	43
Hyst. Geistesstörung	—	1	1
Neurasthen. Geistesstörung	1	2	3
Alkoholismus	27	—	27
Summa:	408	358	766.

Die meisten Arbeiter stellen somit in Mauer-Öhling der angeborene Schwachsinn, der erworbene und der angeborene Blödsinn und die primäre Verrücktheit. Dann folgt noch eine größere Zahl Epileptiker und Alkoholiker. Diese Krankheitsformen allein ergeben schon 92% aller Beschäftigten, also eine Zahl, gegen die alle anderen Erkrankungen zusammen als verschwindend genannt werden kann.

Noch interessanter für unsere therapeutischen Zwecke zeigt sich das Arbeitsverhältnis innerhalb der einzelnen Krankheitsformen.

So beteiligten sich

vom angeb. Blödsinn	66,9%
vom angeb. Schwachsinn	97,7%
von Melancholie	53 %
von Manie	50 %
von Amentia	34 %
von Paranoia	52 %
von Psych. periodica	37,8%
von Dementia	41,8%
von Paral. prog.	14,2%

von Psych. cum epileps.	. . .	54,4 %
von hyster. Geistesstörung	. . .	25 %*)
von neurasth. Geistesstörung	. .	60 %*)
vom Alkoholismus	. . . . . .	96 %.

*) Die prozentuale Angabe wegen der Kleinheit der Zahl der diesbezügl. Fälle wohl nicht besonders verläfslich.

Hier rangiert weitaus an erster Stelle der angeborene Schwachsinn und der Alkoholismus.

Diese Erscheinung ist nicht bloß zur Indikationsstellung für die Beschäftigungstherapie von Belang, sondern auch für den Ausbau und die Entwicklung des Anstaltswesens von einiger Bedeutung.

(Fortsetzung folgt.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VI.

Aus der Literatur des Jahres 1906 zusammengestellt

von Professor Dr. *Ernst Schultze*.

(Fortsetzung.)

§§ 373, 402 ff.

Es ist nicht unzulässig, wenn ein Sachverständiger zur Gewinnung des Materials für seine Begutachtung durch Nachfragen bei dritten, mit den Verhältnissen betrauten Personen Erkundigungen einzieht und diese bei der Begutachtung benutzt. In vielen Fällen werden derartige formlose Ermittelungen im Interesse einer vollständigen und zweckentsprechenden Begutachtung sich überhaupt nicht umgehen lassen. In der Verwendung eines so begründeten Gutachtens liegt an sich kein Verstoß gegen die Vorschriften über die Beweisaufnahme (§§ 373 ff., 402 ff. Z. P. O.). Es ist Sache der freien Beweiswürdigung des Richters, für den das Gutachten nur ein Hilfsmittel bei der ihm allein obliegenden Entscheidung bildet, zu erwägen, ob demselben Bedenken aus dem Grunde entgegenstehen, weil formlose Angaben dritter Personen dabei benutzt worden sind, und ob danach noch eine formelle Beweisaufnahme anzuordnen ist.

Das Oberlandesgericht hat die auf Erfüllung des streitigen Vertrages gerichtete Klage aus dem Grunde abgewiesen, weil der Beklagte nach dem Ergebnis der hierüber stattgehabten Beweisaufnahmen sich zur Zeit des Vertragsabschlusses in einem, die freie Willensbestimmung ausschließenden dauernden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden habe. Die Revision hat diese, an sich die getroffene Entscheidung nach § 104 Abs. 1 Ziffer 2 und § 105 Abs. 1 B. G. B. rechtlich begründende Annahme lediglich um deswillen in prozessualer Hinsicht angegriffen, weil das vom Oberlandesgericht als entscheidend erachtete Gutachten des Kreisarztes K. wesentlich auf Aussagen und Erklärungen von Personen beruhe, welche diese über die Lebensweise und die Art des Auftretens des Beklagten dem Sachverständigen in formloser Weise gemacht hätten, daß daher das angefochtene Urteil in unzulässiger Weise Auskünfte von Personen benutze, die nicht gerichtlich vernommen worden seien, jedenfalls der Antrag der Klägerin auf Vernehmung dieser Personen als Zeugen nicht hätte abgelehnt werden dürfen. Der Angriff kann indessen als zutreffend nicht anerkannt werden. Es ist richtig, daß der Sachverständige nach Inhalt seines Gutachtens sich, neben seinen wiederholten persönlichen Beobachtungen und Untersuchungen des Beklagten, nicht nur bei der Ehefrau, sondern auch bei andern, mit dem Beklagten genau bekannten Personen über Verhältnisse und Vorkommnisse informiert hat, welche für die Frage des Geisteszustandes des Beklagten von Bedeutung sein mußten, und daß diese Personen hierüber nicht in gerichtlicher Form als Zeugen vernommen worden sind. Der Sachverständige war indessen zu den von ihm vorgenommenen formlosen Erkundigungen zwecks seiner vollständigen Information im Interesse einer erschöpfenden Begutachtung unbedenklich berechtigt und auch verpflichtet, und es war Sache des Gerichts, für welches das Gutachten nur ein Hilfsmittel für die ihm allein zustehende Entscheidung über die Frage der Geisteskrankheit des Beklagten bei Abschluß des in Frage stehenden Vertrages bildete, zu erwägen und zu entscheiden, ob der Schlüssigkeit des Gutachtens Bedenken aus dem Gesichtspunkte, daß formlose Erklärungen bei der Begutachtung benutzt wurden, entgegenstanden und ob daher vorerst noch die gerichtliche Vernehmung der betreffenden Personen als Zeugen anzuordnen sei. (R. G. II. 26. Juni 1906.)

D. R. p. 941. Nr. 2268.

§§ 373, 391.

Allerdings deckt der Zeugeneid nicht den Sachverständigeneid. Allein eine von einem Zeugen bei seiner Aussage gelegentlich abgegebene Bemerkung, die ein Urteil enthält, braucht nicht stets mit dem Sachverständigeneide bekräftigt zu werden. (R. G. IV. 20. November 1905.)

D. R. pag. 310. Entsch. Nr. 779.

§ 383, Nr. 5.

Der Tod des Patienten befreit den Arzt nicht von seiner Schweigepflicht. (O. L. G. Dresden. 16. März 1906.)

Ztschr. f. Mediz.-Beamte. Beilage Nr. 16, p. 107.

§ 383, Nr. 5.

Im vorliegenden Falle ist nur noch die Frage aufgeworfen worden, ob nicht, da der Patient, dem Dr. S. im Sinne des § 383, Abs. 1, Nr. 5 Z. P. O. zur Verschwiegenheit verpflichtet war, inzwischen verstorben ist, der letztere jetzt im Sinne des § 385, Abs. 2 daselbst als von dieser Verpflichtung entbunden anzusehen sei und deshalb sein Zeugnis nicht mehr verweigern dürfe. Diese Frage ist jedoch mit Recht verneint worden. Nach einer Ansicht geht das Recht, von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit zu entbinden, auf die Erben über. Wollte man sich auf diesen Standpunkt stellen, so würde entscheidend sein, daß im vorliegenden Falle die Erben, die jetzigen Beklagten, diese Entbindung nicht haben vornehmen wollen. Spricht man aber — was wohl richtiger ist — mit dem O. L. G. den Erben das fragliche Recht ab, so wäre doch kein Grund erfindlich, weshalb die Verschwiegenheitspflicht jetzt weggefallen sein sollte, nachdem der Berechtigte bis zu seinem Tode den Schweigepflichtigen nun einmal nicht entbunden hatte. Den letzteren als entbunden gelten zu lassen, wäre ganz willkürlich. Hiernach erschien die Beschwerde als unbegründet und war daher zurückzuweisen. (R. G. VI. 23. April 1906.)

Ztschr. f. Mediz.-Beamte. Beilage Nr. 16, p. 108.

§ 383.

Der Ausdruck „anvertraut" umfaßt auch dasjenige, was die in Ziffer 5 des § 383 genannten Personen innerhalb ihres Berufes bei den Verhandlungen mit den ihnen Vertrauen schenkenden Personen wahrgenommen haben. (O. L. G. Darmstadt. 7. Juli 1905.)

D. R. p. 806. Entsch. Nr. 1977.

§ 383, Ziffer 5.

Eine Verletzung des Berufsgeheimnisses der Krankenkassenärzte gegenüber den Krankenkassenmitgliedern liegt bei einer den Krankenkassenvorständen gegebenen Auskunftserteilung nicht vor. (Bad. Verwalt.-Gerichtshof. 14. Nov. 1905.)

§ 389, Abs. 3.

Das hier an den Zeugen gerichtete Verbot, neue Tatsachen oder Beweismittel zur Begründung seiner Zeugnisverweigerung geltend zu machen, hindert nicht, daß er seine Weigerung mit neuer rechtlicher Begründung versehen kann. (O. L. G. Colmar. 29. November 1905.)

D. R. p. 122. Entsch. Nr. 202.

§§ 404, 287.

In der Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen der unerlaubten Handlung und dem Schaden ist das Gericht vollkommen frei und nur an seine Überzeugung gebunden. Auch der Sachverständigenbeweis steht vollständig im Ermessen des Richters; ihm steht die Auswahl der Sachverständigen, ohne Rücksicht auf die Anträge der Parteien, zu, und Sache seiner Überzeugung ist es, welchem Gutachten er folgen zu müssen glaubt. (R. G. VI. 14. Dezbr. 1905.) D. R. p. 383. Entsch. Nr. 971.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Oesterreichische kriminalistische Vereinigung.** (Schluß.)

Hofrat Dr. Feigl (Wien) ist gegen die Führung der Voruntersuchung durch den Staatsanwalt; die Bevölkerung sieht den Staatsanwalt jedenfalls als Partei an. Er wünscht, daß das Vorverfahren möglichst eingeschränkt und die mündliche Verhandlung möglichst bald herbeigeführt werde. Durch das kontradiktorische Verfahren würde die Aufgabe des Richters erleichtert werden; leider ist dasselbe aber nicht restlos durchführbar, jedenfalls ließe es sich aber für gewisse Phasen statuieren. Nach Ansicht des Redners sollte der zu Verurteilende bei bezüglicher Berufung des Staatsanwaltes in der Frage der Strafbemessung gehört werden. Das Einspruchsverfahren wäre zu regeln.

Advokat Dr. Schneeberger wendet sich gegen die Bedenken Dr. Stranskys betreffend des § 45 Str. P. O.; das Gutachten komme dem Angeklagten so spät in die Hand, daß ihm ein Studieren desselben unmöglich sei. Im übrigen pflichtet er Dr. Stransky bei und betont, daß die Angaben der Laienumgebung, namentlich der Aufseher mit großer Vorsicht aufzunehmen seien. — Ref. tritt im weiteren lebhaft für das

kontradiktorische Vorverfahren ein, stellt verschiedene Forderungen vom Standpunkte der Verteidigung.

Staatsanwalts-Substitut Dr. Altmann (Wien) führt aus, daß die Staatsanwaltschaft nicht um jeden Preis verfolgt; von 20000 bei der Wiener Staatsanwaltschaft anfallenden Anzeigen sind nur ungefähr 4000 verfolgt worden. — Er wünscht mit Dr. Stransky, daß die psychiatrischen Sachverständigen ehetunlichst zugezogen werden; dies wäre schon auf Grund der bestehenden Vorschriften durchführbar. Die Wünsche Dr. Stranskys bezüglich des § 45 St. P. O. seien wohl kaum durchführbar.

Am 14. Dezember 1906 leitet Oberstaatsanwalt Dr. Koegel die Diskussion ein. Der Untersuchungsrichter soll die Voruntersuchung führen; doch wären einige Modifikationen des bisherigen Verfahrens zu empfehlen. Zu bedenken ist, daß die Hauptverhandlung immer ein Uebel für den Inkulpaten; es soll daher so viel als möglich mit der Einstellung schon im Vorverfahren vorgegangen werden. Schon im Vorverfahren sollten mehr die Parteien herangezogen werden; ein ganz öffentliches Vorverfahren sei aber unpraktisch. Jedenfalls sollte in Oesterreich das jetzige Vorverfahren in seinen Grundlinien beibehalten werden.

Gerichtssekretär Dr. Weiss (Wien) tritt besonders dafür ein, daß die Unterscheidung zwischen Vorerhebung und Voruntersuchung fallen solle. Er will das inquisitorische Moment im Vorverfahren mehr betont wissen und wendet sich gegen die „falsche Humanität".

Gerichtsadjunkt Dr. Kastner (Wien) bespricht eine Reihe von Detailfragen.

Advokat Dr. Friedmann (Wien) kommt u. a. auf Dr. Stranskys Ausführungen zurück. Die Psychiater sollen namentlich „Volltrunkene" möglichst früh zu sehen bekommen. Redner verlangt, daß immer nur wirkliche Psychiater als Sachverständige erwählt werden sollten, erzählt einen Fall (Galizien!), in dem zwei sog. Wundärzte als Sachverständige intervenierten.

Gerichtsarzt Docent Dr. v. Sölder bemerkt, die jetzige öster. Strafprozeßordnung nehme auf die prozessuale Behandlung der Geisteskranken keine Rücksicht. Oft werde den Psychiatern unangebrachter Weise die Frage nach der Verhandlungsfähigkeit des Inkulpaten vorgelegt. Es fehlt eine Bestimmung betreffend die zeitweilige Einstellung des Verfahrens wegen Geisteskrankheit. Bei gewissen Delikten sollte die psychiatrische Expertise obligat sein, namentlich bei Delikten, auf die die Todesstrafe steht, dann bei gewissen fast ausnahmslos von Geisteskranken verübten Delikten, wie Unzucht mit Tieren. Mit Stransky wünscht er möglichst frühzeitige Beiziehung des Psychiaters: eine etwa behauptete Amnesie ist nicht selten erst die Frucht späterer Ueberlegungen, zu denen man dem Inkulpaten keine Zeit lassen soll. Zum Zwecke der Beschaffung einer geeigneten Anamnese wäre ein möglichst selbständiges Eingreifen des Sachverständigen geboten; jedenfalls sollte der Sachverständige an der Vernehmung der Zeugen und an der Fragestellung teilnehmen dürfen. Die psychiatrische Beobachtung der Beschuldigten sollte erleichtert werden, entweder durch ihre Abgabe in eine psychiatrische Anstalt oder Beobachtungs-Station, etwa wie in Deutschland, oder durch Einrichtung einer solchen Station beim Inquisitenspitale.

Advokat Dr. Pollak beantragt, daß Referate über die Ergebnisse der Diskussion ausgearbeitet werden sollen. Der Antrag wird von der Versammlung beifällig aufgenommen. Berze.

— **Nachstehendes Plakat** wurde kürzlich von **Berlin** aus versandt. Ein Kollege, der es zugeschickt erhielt, überläßt es uns zur Reproduktion. Commentar ist überflüssig. Vielleicht ist einer unserer Berliner Fachkollegen in der Lage und geneigt, über Valerie Gygyi, ihre Vorträge und besonders deren Einfluß, an dem wir bei der abnormen Geistesrichtung eines hohen Prozentsatzes der Berliner Bevölkerung nicht zweifeln, Näheres mitzuteilen.

April **Mai**

Vorträge

Valerie Gygyi

über

Häckel's Welträtsel

oder

Affenerkenntnis!

Mensch, erkenne dich selbst und hei—rate Deines Gleichen.

I Wehe.

Mondenkultus

Inte — luect. — encheiresin naturae — invagonire — einschachtele Deine Affen — in — di — vidualität — — gleich Göthes:

Hexen-Einmaleins

oder

Die Schöpfung aus Nichts.

II Wehe.

Die Prediger des Todes (Nitsche)

führen durch gele — erte Wissenschaften, geistige Verwirrungen herbei.

Daraus folget:

Wacher — Sinn oder Wahnsinn

somit das

III Wehe.

Allgemeines Heim — suchen

Talmud: Der müde im Tal vor dem Tor!

Betle — heim

Hungernd — Sterbend — WERDE! (Göthe) durch — — Wiedergeboren — — beginnt:

Der Kreislauf der 36 Monaden (Monaten) zurück bis zur Offenbarung — — des wahren Wesens des Menschen — — Affen — — baar

somit

Auferstehung, — — das Alpha u. Omega — — des vollbrachten Christentums (Test — am — end) oder Bölsches:

Sieg des Lebens!

— **Verein bayerischer Psychiater.** Programm der Jahres-Versammlung am 21. und 22. Mai zu München.

I. Geschäftliches: Bericht der Vorstandschaft und der Standeskommission. Rechnungsablage. Wahlen.

II. Referat: Über stationäre Paralyse. Gaupp-

Tübingen: Klinischer Teil. Alzheimer-München: Anatomischer Teil.

III. Vorträge:

1. Gudden-München: Über moral insanity.
2. Specht-Erlangen: Über den Angstaffekt im manisch-depressiven Irresein.
3. Kraepelin-München: Krankenvorstellung.
4. Iserlin-München: Psychologische Versuche an Manisch-Depressiven.
5. Willmanns-Heidelberg: Zur Differentialdiagnose der funktionellen Psychosen.
6. Reis-Tübingen: Psychologische Versuche an Betrunkenen.
7. Weygandt-Würzburg: a) Kritische Bemerkungen zur Psychologie der Dementia praecox. b) Liquidation bei psychiatr. Begutachtungen.
8. Plaut-München: Über den jetzigen Stand der serologischen Untersuchung bei den syphilidogenen Psychosen.
9. Rehm-München: Über den Wert der cytologischen Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit für die Differentialdiagnose.
10. Specht-München: Neuere Untersuchungen über die psychische Alkoholwirkung.
11. Eysath-Hall i. Tyrol: Gliaveränderungen bei der Dementia praecox.
12. Holzmann-München: Blutdruckmessungen bei Alkoholberauschten.

Pfingst-Montag abends 8 Uhr: Begrüßungsabend im Hotel Reichshof, Sonnenstraße.

Pfingst-Dienstag früh 9 Uhr: Sitzung im Hörsaal der psychiatrischen Klinik. 12 Uhr: Frühstück in der Klinik. Nachm. 5 Uhr: Gemeinsames Essen im Künstlerhaus (Lenbachplatz), Couvert 4 M.

Mittwoch früh 9 Uhr: Sitzung im Hörsaal der psychiatrischen Klinik. Mittag: Bei gutem Wetter Ausflug nach Feldafing, Mittagessen im Hotel Kaiserin Elisabeth.

München-Eglfing, 4. Mai 1907.

Dr. Vocke. Dr. Alzheimer.

Referate.

— Zeitschrift für Religionspsychologie. Grenzfragen der Theologie und Medizin. Monatlich ein Heft. Jahrgang 10 Mark Halle a. S. 1907. Carl Marhold.

Soeben ist in dem so überaus rührigen Verlag von Carl Marhold, Halle a. S., das erste Heft obiger neuen Zeitschrift erschienen. Herausgeber sind Bresler und Pfarrer Vorbrodt (Alt-Jeßnitz).

Bisher lagen nur schüchterne Versuche vor, den eigentlichen lebendigen Inhalt der Bibel psychologisch zu erfassen, so, daß alle Konfessionen sich hier zusammenfinden konnten. Ernst wurde die Sache erst durch das Bemühen Vorbrodts, und es ist sicher ein glücklicher Gedanke, hierfür ein eigenes Organ zu schaffen und zur Mitarbeit nicht nur Geistliche und Andere, sondern vor allem Psychologen und Psychiater herbeizurufen. Der Arbeitsplan soll umfassen: 1. die eigentliche Religionspsychologie, 2. die Anomalien des religiösen Lebens, und 3. die Ermittelung der Gesetze einer gesunden Religionspflege, also eine „Religionshygiene". Daß das Unternehmen zeitgemäß ist, ersieht man aus der großen Zahl der Mitarbeiter und der eingelaufenen Arbeiten.

Die erste Nummer führt sich ganz vortrefflich ein. Die Hauptarbeit, der „Clou", behandelt die Grundfragen der biblischen Religionspsychologie durch Vorbrodt. Sie ist außerordentlich gelehrt geschrieben, nicht leicht zu lesen. Verfasser beherrscht das naturwissenschaftliche Material in hohem Grade und der Aufsatz sprüht von Geist und Kritik. Um so verwunderlicher ist es, daß Verf. noch an den alten Dogmen hängt und z. B. den Monismus (d. h. den idealen) „verschwommen" nennt. Sehr anregend ist der Aufsatz von Freud über Zwangshandlungen und Religionsübung, deren vielfach frappante Ähnlichkeiten er aufdeckt. Leider kann aber Verf. von Übertreibungen nicht lassen und seine Psychoanalysen klingen meist ganz phantastisch und willkürlich. Es folgen endlich kleinere Sachen und interessante Notizen aus der Literatur.

Näcke.

— S. J. Franz: The time of some mental processes in the retardation and excitement of insanity. (American Journal of Psychology 1906, Jan.)

Reactionszeitmessungen an zwei normalen und vier manisch-depressiven Personen. XI Tabellen. Ergebnis: Der Vorstellungsablauf der Manischen ist nicht beschleunigt. Die Deprimierten zeigen anfangs Hemmung die deutlicher bei einfachen als bei complicierten Denkprocessen hervortritt. Uebung kann diese Hemmung günstig beeinflussen. Daher sind diese Uebungen auch als therapeutische Maßnahmen in Erwägung zu ziehen.

Horstmann.

Möbiusstiftung.

Bis zum 6. d. Mts. waren insgesamt gezeichnet **4547 Mk.** Den opferbereiten Spendern sei wärmster Dank! Fernere Zeichnungen wolle man an Herrn **Curt Reinhardt, Leipzig, Lessingstrasse**, gelangen lassen.

Personalnachrichten.

— **Hamburg.** Irrenanstalt Friedrichsberg. Der Assistenzarzt Dr. Adolph Hugo Hasche-Klünder ist von hier ausgeschieden.

— **Tapiau.** In die freie zweite Anstaltsarztstelle (vierter Arzt) bei der hiesigen Landespflegeanstalt ist am 1. April d. Js. der Assistenzarzt an der Provinzial-Irrenanstalt Schwetz a. d. W., Dr. Paul Krüger berufen worden.

— **Posen.** Bei der Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka ist der Assistenzarzt Dr. Lomer am 1. Mai 1907 ausgeschieden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 8. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft in Stärke von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz (Posen).

Eine neugeschaffene

Assistenzarztstelle

ist sofort zu besetzen. Anfangsgehalt 2000 M; steigend jährlich um 100 M, daneben freie Station. Nach 5 jähriger Dienstzeit in der Provinzialverwaltung Posen Anstellung auf Lebenszeit mit Pensionsberechtigung bei 3300 M. Anfangsgehalt und Familienwohnung. Psychiatrische Vorbildung nicht erforderlich. Meldung an die Direktion.

Bei der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Bonn ist die Stelle des

Oberpflegers

zu besetzen. Geeignete Bewerber wollen ihre Gesuche nebst Zeugnissen umgehend an die Anstaltsdirektion einsenden.

Anfangsgehalt 1200 M., steigend alle 2 Jahre um 100 M. bis zum Höchstgehalt von 1800 M., außerdem freie Station II. Klasse für seine Person (Wert 600 M.), sowie Familienwohnung mit Brand und Licht. Die Stelle ist pensionsberechtigt.

Bonn a. Rh., den 29. April 1907.

Die Direktion.

Bekanntmachung.

An der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Rittergut Alt-Scherbitz bei Schkeuditz (Eisenbahn Halle-Leipzig) ist die

Volontärarztstelle

möglichst bald wieder zu besetzen, Gehalt 1800 M neben vollständig freier Station.

Bewerbungen unter Beifügung eines Lebenslaufes und von Abschriften der Approbation, wie etwaiger Zeugnisse werden an die Direktion der Anstalt erbeten.

An der Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt der Pfalz zu Frankenthal sind in Folge Beförderung und Weggang der bisherigen Inhaber

2 Assistenzarztstellen

sofort zu besetzen. Die anzustellenden Assistenzärzte werden wechselnd auf der Abteilung für geistes- und körperlich Kranke beschäftigt werden. Der Anfangsgehalt beträgt 1600 M. jährlich neben freier Station I. Klasse im Anschlage zu 790 M. Auch wird der Inhaber Mitglied der Pensionskasse für pfälzische Kreisbedienstete. Die Ernennung erfolgt durch die k. Regierung der Pfalz. Bewerber wollen ihre Gesuche, belegt mit Approbationszeugnis und Lebenslauf, bis längstens 15. Juni 1907 an den k. Direktor der Anstalt einreichen.

Ebenda sind 2 Praktikantenstellen zu besetzen. Dem bisherigen Praktikanten wurde freie Wohnung, vollständige freie Verpflegung I. Klasse und außerdem eine halbjährliche außerordentliche Gratifikation von 300 M. gewährt.

An der **Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Osnabrück** ist eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Gehalt neben freier Station im ersten Jahre 1800 M., im zweiten 2000 M., im dritten 2200 M. Nach dreijähriger zufriedenstellender Dienstzeit Anstellung als pensionsberechtigter Abteilungsarzt mit einem Gehalte von 3200—4800 M. (alle 3 Jahre um 300 M. steigend). Außerdem erhalten die Abteilungsärzte, wenn sie verheiratet sind, freie Familienwohnung, Feuerung, Licht und Garten oder statt dessen eine Entschädigung von 1000 M., wenn sie unverheiratet sind, freie Wohnung, Feuerung und Licht. Abkürzung der Assistenzarztzeit auf 2 Jahre steht in Aussicht. — Die Oberärzte beziehen außer freier Wohnng usw. 4600—6000 M. — Meldungen mit Lebenslauf an die Direktion.

Dr. Schneider.

Erledigte Assistenzarztstelle.

An der hiesigen Departemental-Irrenanstalt ist die Stelle des **Assistenzarztes** zum 1. Juli d. Js. zu besetzen. Gehalt 3000 Mark, außerdem sehr erhebliche Nebeneinnahmen, freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche, Frühstück und Nachmittagskaffee. Der Bewerber muß psychiatrisch vorgebildet und unverheiratet sein. Die Anstalt dient auch als Beobachtungsstation für akut hülfsbedürftige Geisteskranke hiesiger Stadt.

Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind baldigst zu richten an den Oberarzt der Anstalt Herrn Sanitätsrat Dr. Neuhaus.

Die Anstellung geschieht auf gegenseitige dreimonatliche Kündigung.

Kuratorium der Departemental-Irrenanstalt zu Düsseldorf.

Der Vorsitzende:

Esch.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 8. 18. Mai **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Beschäftigungstherapie bei Geisteskranken.

Von Dr. *Josef Starlinger*, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling.

(Schluß.)

Man spricht nicht selten bei uns und anderwärts von der Errichtung von Schwachsinnigenheimen und Trinkerversorgungsanstalten. Unsere Erfahrungen zeigen, daß solche nur auf dem Prinzipe der Beschäftigungstherapie aufgebaut werden können.

Und weiter, wenn beide Krankheitsformen unter geschulter Pflege und Leitung soviel Arbeitskräfte liefern, kann und wird wahrscheinlich auch ihre Erhaltung sich beträchtlich billiger gestalten können und stehen der Inangriffnahme solcher, sicherlich zweckmäßigen Reformen weniger Bedenken entgegen, als vielleicht gemeiniglich angenommen werden mag. Ähnliches gilt, wenn auch im verminderten Sinne, für die körperlich halbwegs geeigneten erwachsenen Idioten, von denen 66,9% in Mauer-Öhling beschäftigungsfähig sind, darunter oft die tiefsten Grade, wo selbst die körperliche Reinhaltung nicht zu erzielen war. Als besonders wohltätig muß bei diesen Kranken die Vorarbeit erwähnt werden, die an den idiotischen Kindern unserer Idiotenanstalten geleistet wird und deren Entwicklung und Ausbau deshalb kräftigst zu fördern ist, was noch lange nicht genugsam bekannt und gewürdigt zu werden scheint.

Etwa die Hälfte Beschäftigungsfähige liefern:

Melancholie	53%
Manie	50%
Paranoia	52%
Epilepsie	54%
Neurasthenie	60%.

Ein relativ großer Beschäftigungsprozentsatz ist auch zu finden bei:

erworbener Demenz	41%
periodischer Geistesstörung	37%
Amentia	34%.

Nur geringe Beschäftigungsfähigkeit dagegen ist zu erwarten bei Hysterie und Paralyse. Für beide Krankheitsformen mag indes der Umstand nicht unwesentlich ins Gewicht fallen, daß von Hysterie nur die schwersten Formen und von Paralysis progressiva nur die fortgeschrittensten Grade den Irrenanstalten zuzuwachsen pflegen.

Im allgemeinen beteiligen sich bei uns Männer und Frauen ziemlich gleichmäßig an der Arbeit, und zwar die Männer mit 55%, die Frauen mit 53%. Nur bei der Paranoia ist das Verhältnis ein stark verkehrtes und überwiegt das weibliche Element beträchtlich an der Arbeitsanteilnahme. Es beschäftigen sich von 118 paranoischen Männern nur 50, von 144 paran. Frauen aber 91 Personen. Ich halte dies nicht für einen bloßen Zufall und nur in Mauer-Öhling zu beobachten. Ich meine vielmehr, daß bei dem Umstande der an sich großen Beschäftigungsfähigkeit der Paranoiker die Frau eben an den vielen und leicht zugänglichen weiblichen Handarbeiten leichter zusagende Beschäftigungen findet, was gerade für die Paranoiker ein besonderer Vorteil ist. Vielleicht mit ein Fingerzeig und Beweis dafür, daß für eine gedeihliche Arbeitstherapie nicht bloß eine große Auswahl der Mittel, sondern auch deren leichte Zugänglichkeit unerläßlich ist zur notwendigen Individualisierung und Anregung.

Unter den Beschäftigten finden sich alle möglichen Berufe vertreten. Es gibt also keinen Beruf, der nicht auch in der Irrenanstalt sich beschäftigen ließe. So beteiligten sich unter den Kranken dritter Klasse von ehemaligen

landwirtschaftlichen Arbeitern	65%
Fabriksarbeitern	78%
Professionisten	55%

Kopfarbeitern 20%
Dienstmägden . . . . . . 50%.

Aber auch von den vielen Kranken in der Anstalt — in Summa 567 —, die früher keinem Berufe oblagen, konnte die Hälfte zur Beschäftigung herangezogen werden. Auffällig an dieser Zusammenstellung ist das relativ hohe Prozent der Fabriksarbeiter und das geringe Prozent der Kopfarbeiter.

Der frühere Beruf ist aber keineswegs immer entscheidend für die Arbeit in der Anstalt. Ja selbst viele Professionisten weigern sich oft absolut in ihrem Berufe zu arbeiten, während sie in anderer, selbstgewählter Arbeit fleißig und verwendbar sind. Übrigens eine Erscheinung, die auch bei sonst gesunden Leuten zur Beobachtung kommen soll, daß sie zu vielen anderen Dingen Lust zeigen, nur nicht zur eigentlichen Berufsarbeit.

In Beziehung zwischen Krankheitsform und Arbeitsqualifikation haben wir die Erfahrung gemacht, daß sich zum Nähen chronische Fälle, namentlich Paranoia, erworbener Blödsinn und Epilepsie gut eignen, bei der Landwirtschaft wiederum sind besonders Melancholiker mit Vorteil zu verwenden. In der Anstreicherei, bei den Holz- und Kohlenarbeiten findet das Gros der Imbezillen dankenswerte Arbeitsstätten. Bei den häuslichen Arbeiten sind alle Diagnosen vertreten, vorwiegend viel Paranoia- und erworbene Blödsinnsfälle, bei den Strickarbeiten befinden sich viel Epileptiker.

Für die professionellen Arbeiten ist natürlich zuerst der angelernte Beruf maßgebend, sonst sind alle Diagnosen beteiligt.

Wie sehr auch Ort, Umgebung und Art der Beschäftigung für die Beschäftigung selbst wieder von Einfluß sein können, möge aus der wiederholten Beobachtung gefolgert werden, daß Kranke, die in der Anstalt konsequent jede Beschäftigung abgelehnt haben, in der Familienpflege oft vom ersten Tage an dauernd fleißige Arbeiter geworden sind, oder daß Kranke, die sich mit Lust und Fleiß zum Federnschleißen oder Spinnen hergeben, jedesmal ihre Tätigkeit wieder ganz einstellten, wenn diese Arbeiten zufällig oder naturgemäß ausgesetzt werden mußten, um jedesmal dasselbe Verhalten zu wiederholen, wenn diese Beschäftigung wieder aufs Tagesprogramm gesetzt werden konnte.

Alle die bisher angeführten Beobachtungen gelten wohl zumeist nur für die allgemeine Verpflegsklasse. Pensionäre haben im allgemeinen keine besondere Neigung Anstaltsarbeiten zu verrichten, und wenn schon der eine oder andere sich am Holzplatze, oder im Gewächshause oder in dem Kontore einfindet, Verläßlichkeit oder Ausdauer dabei ist selten zu erlangen. Viel lieber betreiben sie sportliche Tätigkeiten, oder dilettieren in irgend einer Kunst.

Eher noch ist eine gewisse Ausdauer bei den sogenannten Freiwilligen zu erzielen. Die Anstalt hat nämlich auch das Recht, volljährige dispositionsfähige Kranke aufzunehmen. Für diese bildet die Beschäftigung ein Gebot, deren Nichtbefolgung eventuell die Entlassung zur Folge haben kann. Bisher hat nun die Beschäftigung der Freiwilligen keine wesentlichen Schwierigkeiten bereitet. Bei einiger Auswahl der Beschäftigungsmittel läßt sich leicht immer eine Einigung erzielen.

Die Erfahrungen bei den Unterhaltungen und Vergnügungen wurden schon bisher öfters gestreift. Die Pflege der Unterhaltungen ist psychisch fast von derselben Wichtigkeit, wie die Pflege der Beschäftigung überhaupt, aber ihre Durchführung bereitet weniger individuelle Schwierigkeit. Eine besondere Anleitung oder Erziehung hierzu ist mit Ausnahme von Musik und Turnen selten nötig. Die Unterhaltungen haben einen wesentlichen Einfluß auf den allgemeinen Geist des Hauses und bilden ein kräftiges Stimulans für die Arbeitstherapie. Die Unterhaltungen müssen vielgestaltig sein, um die verschiedenen Ansprüche zu decken. Sehr gut verwendbar sind landesübliche Volksbelustigungen und Vergnügungen. Unser Prater z. B. hat sich vortrefflich bewährt.

Nie ist neben der rein vergnüglichen Unterhaltung die bildende und belehrende zu vergessen. Theater, Musik, Gesang, Turnen, ernste und heitere Uraniavorträge haben andauernd ihre Anziehungskraft gezeigt. Auch direkt wissenschaftliche Vorträge, z. B. über das Wasser, das Eisen, die flüssige Luft, haben einen überraschenden Beifall gefunden. Ein eigenes Gesellschaftshaus ist hierzu unerläßlich und daher in einer modernen Anstalt ebenso nötig, wie ein eigenes Werkstättengebäude, eine Küche u. dgl.

Aber die Vereinigung von Kirche und Festsaallokalitäten muß als ungünstig bezeichnet werden, da gerade an Sonn- und Festtagen dieselben Räume beiden Zwecken zugleich in höherem Maße dienen sollen, was immer zu Kollisionen führen muß.

Ich komme nun zu dem Hauptpunkte unseres Themas:

Den Kernpunkt jeder Therapie bilden deren Erfolge. Dieselben sind mannigfaltig und für die Anstalt wie für die Kranken gleich wesentlich. Die materiellen Erfolge der Beschäftigungstherapie sind

allerdings streng buchhalterisch noch niemals irgendwo festgestellt worden. Aber auch so läßt sich deren beträchtliches Ergebnis mit großer Deutlichkeit übersehen. Gerade in Mauer-Öhling liegt ein praktisches und faßbares Beispiel vor. Für die Anstalt wurde ein Maierhof angekauft, an diesem waren 29 Personen zur Bewirtschaftung angestellt. 10 davon blieben als Ochsenknecht, Pferdeknecht, Schweizer etc. Die weiteren 19 Arbeitskräfte wurden durch 37 Patienten ersetzt und dabei ist der Hof ein Muster von Ordnung und Reinlichkeit geworden.

Ähnlich verhält es sich mit der Betreuung des Wirtschaftshofes in der Anstalt, auch da wird von den Kranken ein bedeutendes Stück Arbeit geleistet. Dazu kommen noch die ca. 20 ha Gemüsefelder, wo für die ganze Anstalt samt den Angestellten das Gemüse gezogen werden muß. Außerdem besorgen die Kranken die Erhaltung und Reinigung von 5 ha Plätzen und Wegen, 3½ ha Ziergärten, 50 ha Park- und Waldanlagen, verfrachten jährlich 20000 Meterzentner Kohle in alle Pavillons und verkleinern und verführen in demselben Zeitraum 400 m^3 Holz.

Was in den Werkstätten geleistet wird, davon nur eine kleine Auslese. Im ersten Semester dieses Jahres wurden laut Aufschreibung unserer Materialführung nachfolgende Arbeiten ausgeführt:

In der Tischlerei: 2 große sechstürige und 4 eintürige Wandkästen, 1 Pflegerkasten, 18 Särge, 24 Kreuze, 3 Wäschekisten und mehrere andere Kisten, 3 große Stellagen, sämtliche Tischlerarbeiten für ein Freibad, neu, außerdem zahlreiche Reparaturen an Tischen, Bänken, Fenstern, Türen, sowie in den Wirtschaftsgebäuden.

In der Schlosser- und Schmiedewerkstätte: 140 Reparaturen und verschiedene Beschläge an Türen, 64 Schlüssel, 70 Reparaturen an Fensterrahmen, 30 Reparaturen an Bett- und Vorsteckteilen, 15 Ofen- und Sparherdreparaturen, 18 Stück Gittertüren kleiner gemacht, zahlreiche Reparaturen an Kredenzen, Bänken, Werkzeugen und viele Wagen- und Geschirr-Reparaturen für die Landwirtschaft.

In der Tapeziererei und Sattlerei: 546 Matratzen, 278 Kopfpolster, neu, 21 Teppiche, 35 Rouletten, 24 Jalousien, 12 Sofabänke, 4 Ottomane, 41 Bettvorleger repariert, daneben zahlreiche kleinere Ausbesserungen.

In der Schuhmacherei: 120 Paar Schuhe neu und 1707 Paare repariert.

In der Schneiderei: 219 neue Stücke und 2195 repariert.

In der Anstreicherei: 154 Fenster, 52 Türen, 202 Sessel, 56 Tische, 410 Bänke, 25 Betten, 750 m^2 Emailanstrich frisch, nebst zahlreichen anderen Reparaturen und kleineren Ausbesserungen.

In der Korbflechterei: 237 Rohrmatten, 82 Kohlenkörbe, 33 Waschkörbe neu, 105 Kohlenkörbe, 31 Waschkörbe, 34 Brotkörbe repariert und kleinere Flechtereien.

In der Buchbinderei und Buchdruckerei: 1360 Bücher gebunden und broschiert und 56700 Drucksachen angefertigt, wozu neuestens noch eine monatlich einmal erscheinende Anstalts-Zeitung kommt.

Einen Überblick über die Gesamtleistung geben auch unsere genau geführten Arbeitstabellen. In denselben sind im Berichtsjahre 1905/06 154000 Arbeitstage in der Anstalt ausgewiesen. Mag man nun diese Arbeitstage im Durchschnitt nur als halbe, viertel oder gar achtel Tage taxieren, so bleibt immerhin die Arbeitsleistung eine solche, daß niemand mehr von ärztlicher Spielerei zu sprechen wagen wird. Die ärztlichen Forderungen werden nur mit Unrecht immer den Ärzten aufs Kerbholz geschrieben, in Wirklichkeit sind wenigstens unsere irrenärztlichen Forderungen eigentlich nur soziale Forderungen, aber selbst, wenn die irrenärzlichen Anforderungen manchmal stärker in das Fleisch des Steuerzahlers einzuschneiden scheinen, so macht schon dieser materielle Erfolg der Beschäftigungstherapie zum Großteil derartige Forderungen wieder wett. Mit der Beschäftigungstherapie ist aber nicht bloß in den Irrenanstalten ein bisher verborgener Schatz gehoben worden, sondern sie hat wenigstens in Mauer-Öhling auch die Irrenfürsorge wesentlich erweitern helfen bei der Einführung der Familienpflege. Man kann direkt sagen: Ohne Beschäftigungstherapie auch keine Familienpflege in Mauer-Öhling, für 80 Heller pro die wäre es einfach unmöglich, Kranke bei den heutigen Verhältnissen in fremde Pflege zu geben, wenn nicht deren teilweise Mit- und Beihilfe so hoch angeschlagen würde bei der derzeitigen Dienstbotennot am Lande.

So sehen wir die Wirkung der Arbeitstherapie bereits weit über die Anstalten hinausreichen. Aber so sehr auch wir Ärzte den materiellen Erfolg schätzen, müssen wir den inneren psychischen Erfolg noch höher anschlagen.

Von jeher war bekannt, daß bei Geisteskranken der Ablenkung ein großer wohltätiger Einfluß innewohne. Kein Mittel aber vermag dies auf die Dauer besser zu bewirken, als die Beschäftigung, ja durch die Einführung der systematischen Beschäftigung der Geisteskranken trat erst die volle Tragweite der Ablenkungstherapie für diese ganz zu tage. Noch wird

vielen erinnerlich sein, wie schon früher, in der Zeit der beschränkten Beschäftigung, noch die Wochentage auf den ruhigen und halbruhigen Abteilungen sich relativ geordnet anließen gegen die Sonn- und Feiertage, wo man förmlich Spießruten laufen mußte durch all die räsonierenden und querulierenden Kranken. Das alles ist verschwunden, seitdem auch die Langeweile der Sonn- und Feiertage durch entsprechende Ablenkung verschwinden wird.

Wie sehr neben der allgemeinen Ruhe auch der allgemeine Geist durch die Beschäftigung gefördert wird, zeigt auch ein Vorkommnis in Mauer-Öhling. In der ersten Zeit des Anstaltslebens waren die Entweichungen aus der offenen Anstalt ziemlich häufig. Nach einer Zeit sah man, daß diese Entweichungen sich zumeist an Sonn- und Feiertagen einzustellen pflegten. Da es im allgemeinen harmlose Kranke waren, schien die Sache nicht besonders bedenklich, obwohl die Bevölkerung um Mauer-Öhling noch etwas ängstlich war und hier und da sich deshalb beklagt hatte. Als aber an einem Sonntage gleich vier auf einmal entwichen, mußte eingeschritten werden. Weil ich aber die offenen Abteilungen nicht verringern wollte, verfiel ich auf den Prater, und siehe da, die Entweichungen haben mit Errichtung desselben mit einem Schlage an Sonn- und Feiertagen aufgehört. Durch die Tätigkeit in der Anstalt verwachsen die Kranken direkt mit derselben. Sie wird ihnen Heimat, dort haben sie einen Weg ausgestochen, diesen und jenen Baum gepflanzt usw. Sie fühlen sich mehr als Hausgenosse, weniger als Internierte. Und hierdurch wurde das Ansehen der Irrenanstalten außerordentlich gehoben, nicht bloß, weil der Kranke in der Anstalt weniger das Gefängnis und in dem Arzte eine Art Kerkermeister sieht, sondern, weil auch das Publikum seine Scheu und sein Vorurteil gegen die Irrenanstalten und die Geisteskranken immer mehr abgelegt hat, seit es Scharen von Kranken auf dem Felde pflanzen oder in Gruppen friedlich mähen sah etc.

Mehr als alle literarischen Vorschläge über tiefsinnige Benennungen der Irrenanstalten wirken derartige Demonstrationen gegen das Vorurteil und den Begriff des Unheimlichen, das lange Anstalten und Irrenwesen umgürtet hat.

Neben diesen allgemeinen Erfolgen größerer Ruhe und Zufriedenheit, besserer Lenksamkeit, zunehmenden Familiengefühles, Hebung des gesamten Anstaltsrufes, liegt in der Beschäftigungstherapie für den Einzelnen zunächst ein großer Erziehungsfaktor. Der arbeitende Kranke verfällt weniger leicht üblen Gewohnheiten, zeigt mehr Nettigkeit und Anstand und bewahrt durch das Zusammenarbeiten und Zusammenhelfen eher seine altruistischen Eigenschaften, gerät weniger in Streit und Zank. Viele von ihnen werden direkt zu verschiedenen Arbeiten erzogen und ausgebildet, so daß namentlich eine Reihe von jugendlichen Imbezillen in den bisherigen vier Jahren, die sonst zeitlebens dem Landessäckel zur Last gefallen wären, gegen Kost und Wohnung, und einige solche sogar gegen geringen Lohn dauernd untergebracht werden konnten.

Was die Beschäftigung, zumal im Freien, hygienisch bedeutet, und wie sie als Gymnastik den Körper stärkt, bedarf wohl keiner weiteren Ausführung. Nur soviel mag angeführt werden, daß die anfängliche Tuberkulose-Morbidität und -Mortalität von Jahr zu Jahr auffallend sich verringert, trotz zunehmender Überfüllung.

Die psychischen Leistungen der Beschäftigungstherapie für den Einzelnen erschöpfen zu wollen, würde allein einen Vortrag ausfüllen und Dutzende von Glanzfällen könnten als Beweise überall leicht angeführt werden. Gerade in solchen überraschenden Einzelwirkungen liegt eine große therapeutische Wohltat und braucht nur mit dem Hinweise illustriert zu werden, wie schwer oft ein dissozialer Kranker eine ganze Abteilung zu stören vermag.

Eine detaillierte Anführung würde zu weit führen. Nur eines möchte ich noch hervorheben. Nach unseren Erfahrungen haben wir die feste Überzeugung, daß man mit vollem Rechte von der Beschäftigung der Geisteskranken als von einer Therapie sprechen darf.

Oder wie soll man denn das heißen, wenn jahrelange Korridorkranke und Zellenzöglinge, die der Beschäftigung zugeführt wurden, nach kürzerer oder längerer Zeit der Behandlung der Familienpflege zugeführt oder ganz entlassen werden konnten?

Und wie nennt man ein solches Mittel, das so etwas erreichen hilft?

Die Tatsachen können wir verbürgen.

Überblicken wir das Gesagte nochmals kurz, so finden wir ein allbekanntes Mittel, „die Beschäftigung", systematisch und unter Beobachtung entsprechender Verhältnisse (zahlreicher Mittel, schulgerechte Anleitung), bei Geisteskranken heute schon in ca. 50% anwendbar. Die Erfolge dieser Behandlung sind materiell und physisch, allgemein und einzeln so bedeutende, daß diese Behandlung den größten Errungenschaften der modernen Irrenpflege, dem no-restraint, der Bettbehandlung ebenbürtig zur Seite gestellt werden kann.

Bevor ich schließe, möchte ich noch eine naheliegende Frage streifen. Ist der heutige Stand der Beschäftigungstherapie selbst dort, wo er auf der Höhe der Zeit steht, nicht noch steigerungsfähig, und in welcher Richtung soll sich dessen Ausbildung bewegen? Ich möchte nur auf einiges hinweisen.

Das größte Gift in einer Anstalt ist die Langeweile. Noch immer gibt es zu große Lücken im Anstaltsleben. Wir Ärzte haben den Geisteskranken wieder die Freiheit verschafft. Die freie Behandlung allein mit dem ungezwungenen Aufenthalt im Pavillon oder dem Herumflanieren im Anstaltsgebiete überbrückt die Langeweile nicht. Man muß der Freiheit mehr Inhalt geben. Schon wenn der Kranke der Bettbehandlung enthoben wird, darf er nicht im Tagraum nach freier Wahl herumlungern, sondern ist zu einer passenden Beschäftigung anzuleiten. Zu diesem Zwecke habe ich schon seinerzeit den Vorschlag gemacht, den ich heute wiederholen möchte, neben dem bisherigen Tagraum in jedem Pavillon einen eigenen Arbeitsraum, den ich damals Industrietagraum nannte, einzurichten. Alle arbeitswilligen, fähigen und bedürftigen Kranken gehören ebenso zusammen, wie im Wachsaale die bettlägerigen, bettbedürftigen, um von den absolut negativen Elementen nicht abgelenkt und verdorben zu werden. Der Tagraum soll nur zur Erholung, Ruhe und Speiseraum sein.

Dem Werkstättengebäude muß sich in einer modernen Anstalt in Hinkunft eine ganz besondere Aufmerksamkeit zuwenden. Lage, Größe, Zahl und Anordnung der Räume darin sind von wesentlicher Bedeutung.

In Mauer-Öhling beträgt das Bodenmaß im Werkstättengebäude 452 qm, wozu noch 102 qm Souterrainlokale kommen, die zu Werkstätten verwendet werden. Dieses Bodenmaß erweist sich aber bei weitem zu klein.

Zum Zwecke der Ablenkung, sowie zur Bekämpfung des berüchtigten Anstaltsherzens soll weiter den modernen hydrotherapeutischen und mechanotherapeutischen Neuerungen auch in den Anstalten passender Eingang verschafft werden.

Endlich sind die sogenannten Anstaltsunterhaltungen nicht bloß auf etwa monatlich einmaliger Inszenierung von Theateraufführungen, einem Konzert oder Taschenspielproduktion, dem sich im Winter der eine oder andere Ball anschließt, zu erschöpfen, sondern es hat eine lückenlose und gleichmäßige Ausfüllung in der Richtung zu erfolgen, daß die Gewohnheiten des früheren Außenlebens auch in der Anstalt möglichst fortgesetzt werden können.

Es ist ein Erfordernis der Zukunft, den Zimmer- und Hausarrest in den Anstalten aufs notwendigste zu beschränken, um die Eintönigkeit des Anstaltslebens möglichst wenig sicht- und fühlbar zu machen. Hierzu gehören notwendige Einrichtungen, in erster Linie ein eigenes Gesellschaftsgebäude und ein eigener Lehrer, der Fachunterricht erteilt, Musik und Gesang leitet, und zugleich Turnlehrer und Organist sein könnte.

Wenn einmal in dieser oder ähnlicher Weise der Anstaltsaufenthalt ausgefüllt werden wird, der Kranke neben seiner vollen ärztlichen auch seine möglichst soziale Befriedigung erfährt, dann erst werden wir das Sprichwort „Müßiggang ist aller Laster Anfang" auch für die Geisteskranken ganz begreifen und dann erst werden wir auch unser Thema „Die Beschäftigungstherapie für Geisteskranke" voll und ganz umfassen lernen *).

*) Redner illustrierte seine Angaben durch zahlreiche Photographien aus dem Leben und Treiben der Anstalt.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VI.

Aus der Literatur des Jahres 1906 zusammengestellt

von Professor Dr. *Ernst Schultze.*

(Fortsetzung.)

§ 406.

Bestimmte Umstände und Tatsachen lassen das Mißtrauen des Klägers gegen die Unparteilichkeit der Sachverständigen als auch objektiv begründet erscheinen, wenn die Aufrichtigkeit schon der Erklärung des Sachverständigen, daß er gewohnt sei, nach Pflicht und Gewissen zu urteilen, nicht im mindesten anzuzweifeln ist. (R. G. VII. C. S. 22. Dezember 1905.)

J. W. p. 88.

§ 406.

Ein Sachverständiger kann von der Partei mit

der Begründung abgelehnt werden, daß er ihr Konkurrent und ihr feindlich gesinnt sei.

Dies ergibt sich aus dem zwischen der Partei und dem Sachverständigen bestehenden starken persönlichen Gegensatz gemäß § 406 Z. P. O. in Verbindung mit § 42 Z. P. O. (O. L. G. Cassel. 14. Mai 1906.) D. R. p. 692. Entsch. Nr. 1681.

§ 406.

Wird bei der mündlichen Verhandlung gleichzeitig über das Gesuch um Ablehnung eines Sachverständigen und zur Sache verhandelt, so kann das Gericht, wenn es zur Verkündung der Entscheidung einen Termin anberaumt, in welchem das Ablehnungsgesuch durch Beschluß zurückgewiesen wird, gleichzeitig die Verkündung der Entscheidung in der Sache bis zur Rechtskraft des auf die Ablehnung ergangenen Beschlusses aussetzen und sodann, ohne weitere mündliche Verhandlung, in dem demnächst anberaumten Termine die Entscheidung in der Sache selbst verkünden. (R. G. II. 1. Juni 1906.)

D. R. p. 806. Entsch. Nr. 1978.

§§ 406, 549 Abs. 1.

Der Berufungsrichter hat die Entscheidung eines wesentlichen Punktes im gegenwärtigen Prozesse ausschließlich auf das Gutachten des Bergassessors a. D. Sch. gestützt. Die Klägerin hat diesen Sachverständigen, nachdem er bereits sein Gutachten erstattet hatte, wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt; den Ablehnungsgrund — persönliche und geschäftliche Beziehungen zu den Vorstandsmitgliedern der Beklagten — will sie erst nachträglich erfahren haben. Der Berufungsrichter hat die Rechtzeitigkeit des Gesuches unentschieden gelassen, es aber als jedenfalls s a c h l i c h u n b e g r ü n d e t zurückgewiesen. Die Entscheidung ist nicht durch besonderen Beschluß erlassen, sondern lediglich in den Entscheidungsgründen des zur Hauptsache ergangenen, die Klage abweisenden Endurteils getroffen. Dieses Verfahren ist, wie die Revision mit Recht rügt, prozeßordnungswidrig; es verstößt gegen § 406 Z. P. O. Fraglich erscheint es indessen, ob die Klägerin durch den gerügten Verstoß beschwert ist und die Entscheidung auf diesem Verstoße beruht (§ 549, Abs. 1 Z. P. O.). Denn selbst, wenn der Berufungsrichter den gesetzlich erforderlichen, besonderen Beschluß erlassen hätte, würde doch für dessen Anfechtung im Beschwerdewege, da zu gleicher Zeit ein die Instanz abschließendes Endurteil erging, kein Raum gewesen sein, und die gegenwärtige Lage der Sache ist daher keine andere als diejenige, die bei gesetzmäßigem Prozeßgange eingetreten wäre. Der II. Z. S. des R. G. hat in einem völlig gleichliegenden Falle den letzterwähnten Gesichtspunkt für unbeachtlich erklärt, weil die den Schutz der Parteirechte bezweckenden gesetzlichen Vorschriften von den Instanzgerichten voll zur Geltung zu bringen seien (vgl. das Urteil vom 7. Febr. 1905, R. G. 60/110), und die Revision verlangt, vom Boden dieser Rechtsauffassung aus, auch in der gegenwärtigen Sache die Aufhebung des angefochtenen Urteils. Einer Entscheidung darüber, ob dem Verlangen stattzugeben oder die Entscheidung der Ver. Z. S. des R. G. gemäß § 137 G. V. G. einzuholen wäre, bedurfte es jedoch nicht, da das Berufungsurteil schon aus einem andern Grunde aufgehoben werden mußte. (Fragen wegen eines andern nicht interessierenden prozessualen Verstoßes.) (R. G. V. 4. Juli 1906.)

J. W. p. 572.

§ 406.

Der Umstand, daß ein Sachverständiger vor der Abgabe des Gutachtens mit der einen Partei verkehrt hat, genügt nicht, ihn als unzuverlässig erscheinen zu lassen; auch ist die einseitige Befragung der einen Partei nicht prozeßordnungswidrig.

Das Berufungsgericht führt aus, irgend eine formelle Schranke für den Verkehr zwischen dem Sachverständigen und der Partei bestehe nicht, es dürfe dem Sachverständigen insbesondere nicht die Berechtigung versagt werden, seine Sachkenntnis durch unmittelbare Befragung der Partei zu ergänzen, sofern er nur diejenigen Grenzen achte, welche ihm die Unparteilichkeit und das Pflichtbewußtsein auferlegen, Tatsachen aber, welche nach dieser Richtung den Sachverständigen verdächtigen könnten, seien von dem Kläger nicht beigebracht. Diese Erwägungen sind nicht zu beanstanden. Aber auch die Ausführung des Klägers, daß das Verfahren des Sachverständigen nicht p r o z e ß o r d n u n g s m ä ß i g sei, indem derselbe so wenig als der Richter, dessen Gehilfe er sei, direkt eine Partei befragen könne, ohne die andere Partei hierüber zu verständigen, entbehrt der Begründung. Die Stellung des Sachverständigen ist von der des Richters völlig verschieden. Seine das Gutachten vorbereitende Tätigkeit, speziell die Einziehung von Erkundigungen, stellt nicht eine Verhandlung des Rechtsstreits dar, sondern ist rein informatorisch. Die von ihm gewonnenen Ergebnisse hat er dem Richter zu unterbreiten, und in dem Verfahren vor diesem wird den Parteien Gelegenheit gegeben, an dem Gutachten Kritik zu üben sowie die tatsächlichen Prämissen des Sachverständigen zu bekämpfen. So wird auch in Bezug auf den Sachverständigen-

beweis der Grundsatz des rechtlichen Gehörs gewahrt. (R. G. VII. 28. November 1906.)

D. R. p. 122. Entsch. Nr. 203.

§ 407.

Ein Sachverständiger, der nach § 407 Z. P. O. verpflichtet ist, als Gutachter tätig zu werden, kann nicht die Erfüllung dieser Verpflichtung von der Zusicherung bestimmter, das gesetzliche Maß übersteigender Entschädigungssätze abhängig machen. Der Sachverständige hat nur Anspruch auf die durch die Z. Geb. O. geordneten Entschädigungssätze. Ein Überstieg dieser Sätze würde nur nachgelassen sein, wenn die Parteien bereit sein würden, diesen Aufwand zu tragen, wozu sie aber im vorliegenden Falle nicht bereit sind. Gegen die gesetzliche Entschädigung muß der Sachverständige tätig werden, einerlei, ob er dabei einen Vermögensschaden erleidet oder nicht. (O. L. G. Jena. 17. März 1906.)

D. R. p. 692. Entsch. Nr. 1682.

§ 414.

Allerdings ist vom R. G. ausgesprochen worden, daß der Zeugeneid den Sachverständigeneid nicht decke (R. G. 6, 3). Allein eine von einem Zeugen bei seiner Zeugenaussage gelegentlich abgegebene Bemerkung, die ein Urteil enthält, braucht nicht stets mit dem Sachverständigeneide bekräftigt zu werden, und so verhält es sich in Ansehung der von B. gemachten Aussage. (R. G. IV. C.-S. 20. Nov. 1905.)

J. W. p. 27.

§ 567 verb. mit § 17, Abs. 3.

Geb.-O. für Zeugen und Sachverständige.

Die von einem Sachverständigen für ein in der Berufungsinstanz erstattetes Gutachten geforderten Gebühren sind in geringerer Höhe festgesetzt worden. Die von ihm dagegen erhobene Beschwerde ist als unzulässig verworfen worden: Das Gesetz gewährt gegen die von dem O. L. G. erlassenen Beschlüsse des fraglichen Inhalts ein Rechtsmittel nicht. Zu den in § 17, Abs. 3 Z. Geb. O. als auf die Beschwerde gegen Festsetzungen anwendbar bezeichneten gesetzlichen Vorschriften gehört auch der § 567 Z. P. O. Der zweite Absatz dieses Paragraphen in der auf dem Gesetz vom 17. Mai 1898 beruhenden Fassung der Z. P. O. bestimmte, daß gegen die in betreff der Prozeßkosten erlassenen Entscheidungen der O. L. G. die Beschwerde nur zulässig ist, wenn die Beschwerdesumme den Betrag von 100 M. übersteigt. Das Gesetz, betreffend Änderungen der Z. P. O. vom 5. Juni 1905, Art. I, Ziffer 9 lautet dahin: „Gegen die in betreff der Prozeßkosten erlassenen Entscheidungen des O. L. G. ist eine Beschwerde nicht zulässig." Im Art. II des eben genannten Gesetzes ist bestimmt, daß soweit in Reichsgesetzen auf Vorschriften der Z. P. O. verwiesen ist, welche durch Art. I des Gesetzes geändert werden, die entsprechenden Vorschriften dieses Gesetzes an ihre Stelle treten. Mithin kommt der zweite Absatz des § 567 Z. P. O. in seiner gegenwärtigen Gestalt auch im Bereich der Z. Geb. O. zur Anwendung. (R. G. VII. 27. Mai 1906.) J. W. p. 395.

§§ 567, 115, 127.

Keine Partei ist verpflichtet, sich, um der Gegenpartei einen Beweis zu erleichtern, als Beweisobjekt benutzen zu lassen, am wenigsten auf ihre eigenen Kosten, möchte sie auch noch so reich sein. Allerdings wäre es nicht ausgeschlossen, daß das Gericht, aus der Weigerung einer Partei, ihre Person als Beweisobjekt darzubieten, unter Umständen einen Beweisgrund zu Gunsten der Gegenpartei entnähme; aber in der Regel würde dies doch nur berechtigt sein, wenn die erstere Partei in Ansehung der erforderlichen Auslagen sich gedeckt fühlen könnte; vollends bei einer armen Partei wird schwerlich jemals Anlaß zu einer ihr nachteiligen Schlußfolgerung sein, solange sie nicht mit einem angemessenen Vorschusse versehen worden ist. Also ist nicht der Kläger, sondern nur die Beklagte daran interessiert, daß jenem durch einen solchen Vorschuß die Reise nach St. ermöglicht werde. Insofern gehören die Kosten dieser Reise zu den Auslagen, zu deren Deckung die Beklagte den Vorschuß von 100 M. eingezahlt hat. Es ergibt sich also, daß der Kläger zwar ganz in seinem Rechte ist, wenn er ohne Vorschuß die Reise nach St. nicht unternehmen will, daß aber seine Beschwerde nichtsdestoweniger zurückgewiesen werden mußte. (R. G. VI. 21. Juni 1906.) J. W. p. 564.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Bericht über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** in Frankfurt a. M. und Gießen vom 26. bis 28. April 1907.

Die Verhandlungen des Vereins wurden durch den Vorsitzenden, Herrn Geheimen Medizinalrat Professor Dr. Moeli-Berlin, im neuen Bibliotheksgebäude des Senckenbergischen Instituts zu Frankfurt a. M. eröffnet.

Der Vorsitzende begrüßte die Teilnehmer und gedachte der im letzten Jahre verstorbenen Mitglieder, der Herren Fürstner, Lewald, Georg Meier, Möbius, Pierson, Reib, Scholz, Schroeter, Wiederhold, ferner des als Opfer seines Berufes dahingegangenen Dr. Weber in Hofheim, sowie des kürzlich in Wiesbaden verstorbenen, um die Fortbildungskurse verdienten Chirurgen Ernst von Bergmann.

Herr Geheimer Medizinalrat Dr. Pfeiffer-Wiesbaden überbrachte die besten Wünsche des Herrn Regierungspräsidenten zu Wiesbaden für den Erfolg der Beratungen.

Herr Bürgermeister Grimm-Frankfurt hieß die Versammlung im Namen des Magistrates willkommen und sprach seine Freude darüber aus, daß der Verein seine Aufmerksamkeit auch der Idiotenfürsorge und der Fürsorge für schwachsinnige Kinder zuwende.

Herr Dr. Knoblauch, Direktor des städtischen Siechenhauses, stellte als Direktor der Senckenbergischen naturforschenden Gesellschaft die Räume des Hauses unter dem Hinweise zur Verfügung, daß der Verein die erste wissenschaftliche Körperschaft sei, die darin ihre Tagung abhalte.

Für den ärztlichen Verein richtete Herr Professor Dr. Sippel-Frankfurt herzliche Worte der Begrüßung an die Versammlung.

Herr Direktor Dr. Sioli-Frankfurt dankte im Namen des Ortsausschusses für die Gastfreundschaft der Senckenbergischen Gesellschaft und wies darauf hin, daß die Stadt ihr Interesse durch ein groß angelegtes Projekt für den Ausbau der Irrenanstalt bewiesen habe.

Statutenmäßig scheiden die Herren Moeli und Hitzig aus dem Vorstand aus. Herr Hitzig hatte gebeten, von seiner Wiederwahl Abstand nehmen zu wollen.

Bei der Neuwahl wurde Herr Moeli wiedergewählt und für Herrn Hitzig Herr Tuczek-Marburg.

Zu Ehrenmitgliedern wurden ernannt: Herr Hitzig, Herr Magnan (Frankreich), die Herren Bianchi und Tamburini (Italien).

Herr Siemens-Lauenburg erstattete den Kassenbericht. Als Mitgliedsbeitrag für das nächste Jahr wurde der Betrag von fünf Mark festgesetzt. Es wurde beschlossen, einen Beitrag von 1000 M. zur Heinrich Laehrstiftung für das kommende Jahr zu bewilligen, für die Kommission für Idiotenforschung 500 Mark.

Die Versammlung nahm Kenntnis von dem Bericht des Vorstandes der Laehrstiftung. Von einer Patientin Laehrs waren 10000 M. gestiftet worden, so daß das Vermögen der Stiftung sich jetzt auf 72000 M. beläuft.

Herr Laehr berichtete über die Wirksamkeit des psychiatrischen Fortbildungskurses, im Oktober 1906 hatten 25 Teilnehmer den Kurs in Berlin absolviert, der drei Wochen dauerte, für einen ähnlichen Kurs für Oktober 1907 seien bereits 21 Teilnehmer angemeldet.

Auf Anregung von Herrn Cramer-Göttingen begrüßte die Versammlung die Bestrebungen der Unterrichts-Kommission der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte und wünschte derselben besten Erfolg.

Es wurde ein Antrag zur Geschäftsordnung angenommen, daß die Redefrist für Referate tunlichst auf eine halbe Stunde zu bemessen sei, für Vorträge auf zwanzig Minuten, für Diskussionsbemerkungen auf fünf Minuten.

Über die Referate und Vorträge soll in den folgenden Nummern berichtet werden.

Das Senckenbergische neurologische Institut stellte während der Versammlung seine neuen Hirnmodelle, Zeichenapparate, Makrotom etc. aus.

Am 27. April fand eine Besichtigung der städtischen Irrenanstalt Frankfurt a. M. mit seiner Abteilung für Jugendliche und den neuen Bädern, sowie ein Besuch der Heilanstalt Hohe-Mark bei Obermosel statt.

Am 28. April tagte der Verein in der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten in Gießen; es schloß sich daran eine Besichtigung der im Bau befindlichen Irrenanstalt bei Gießen.

Wachsmuth-Frankfurt a. M.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 9. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von
Professor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh Med.-Rath, Berlin. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien.) Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Kierling-Gugging (Österreich). Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**
Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der Westpreussischen Provinzial-Irrenanstalt **Conradstein** bei Pr. Stargard — ca. 1400 Kranke, 10 Aerzte — sind die Stellen eines

Assistenzarztes

und zweier

ärztlicher Praktikanten

zu besetzen.

Das Gehalt für Assistenzärzte beträgt 2100 M., für Praktikanten 600 M. jährlich. Daneben wird freie Verpflegung I. Klasse, Wohnung und Wäsche im Jahreswerte von 1125 M. gewährt.

Auswärtige Dienstzeit im Staats- oder Kommunaldienste kann angerechnet werden.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnissen sind zu richten an den Direktor

Dr. Kroemer
Geheimer Medicinalrath.

Hilfsarztstelle.

An der hiesigen Anstalt ist eine

Hilfsarztstelle

zu besetzen. Die Vergütung beträgt jährlich 2000 M. — bei psychiatrischer Vorbildung entsprechend mehr — neben völlig freier Station und regelmäßigen jährlichen Zulagen von erstmals 200 M. — später 100 M. —

Bewerbungen sind unter Anschluß der Approbationsurkunde und etwaiger sonstiger Zeugnisse an die Anstaltsdirektion zu richten.

Pforzheim, den 16. Mai 1907.

Großherz. Direktion der Heil- u. Pflegeanstalt. Dr. Fischer,
Geh. Medizinalrat.

Erledigte Assistenzarztstelle.

An der hiesigen Departemental-Irrenanstalt ist die Stelle des **Assistenzarztes** zum 1. Juli d. Js. zu besetzen. Gehalt 3000 Mark, außerdem sehr erhebliche Nebeneinnahmen, freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche, Frühstück und Nachmittagskaffee. Der Bewerber muß psychiatrisch vorgebildet und unverheiratet sein. Die Anstalt dient auch als Beobachtungsstation für akut hülfsbedürftige Geisteskranke hiesiger Stadt.

Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind baldigst zu richten an den Oberarzt der Anstalt Herrn Sanitätsrat Dr. Neuhaus.

Die Anstellung geschieht auf gegenseitige dreimonatliche Kündigung.

Kuratorium der Departemental-Irrenanstalt zu Düsseldorf.

Der Vorsitzende:
Esch.

Die Stelle der

Oberpflegerin

an der Irrenpflegeanstalt St. Thomas zu **Andernach a. Rhein** ist tunlichst bald neu zu besetzen. Bargehalt von 750 Mark, alle 2 Jahre steigend um 50 Mark bis 1150 Mark, vollständig freie Station I. Klasse. Pensionsberechtigung. Meldungen an die Direktion der Anstalt.

An der **Provinzial-Irren-Anstalt bei Neustadt** an d. Ostsee (Holstein) ist die Stelle eines

dritten Hülfsarztes

zum 1. Juli d. J. zu besetzen. Gehalt 2500 Mark neben vollständig freier Station. Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion zu richten.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 9. 25. Mai 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VI.

Aus der Literatur des Jahres 1906 zusammengestellt

von Professor Dr. *Ernst Schultze.*

(Fortsetzung.)

§§ 645, 680, 684.

Der Ehegatte, auf dessen Betreiben die Entmündigung des andern Ehegatten erfolgt ist, bleibt auch nach rechtskräftiger Scheidung der Ehe für die Klage auf Aufhebung der Entmündigung passiv legitimiert. (O. L. G. Stettin IV. 29. Okt. 1905.)

D. R. p. 311. Entsch. Nr. 789.

§§ 648, 650.

Eines förmlichen Einleitungsbeschlusses bedarf es bei dem Entmündigungsverfahren nicht. Das nach § 648, Abs. 1 Z. P. O. zuständige Amtsgericht darf die Verhandlung und Entscheidung nach § 650, Abs. 1 einem andern Amtsgericht nicht ohne Angabe von Gründen überweisen.

Nach § 650, Abs. 1 Z. P. O. soll die Überweisung nur erfolgen, wenn sie mit Rücksicht auf die Verhältnisse des zu Entmündigenden erforderlich erscheint. Es müssen also in jedem einzelnen Falle die konkreten Verhältnisse klargelegt werden, welche die Überweisung an das Gericht des Aufenthaltsortes geboten erscheinen lassen. Die bloße Tatsache, daß der zu Entmündigende sich in einer zum Bezirke des andern Amtsgerichts gehörenden Irrenanstalt aufhält, vermag die Überweisung nicht zu begründen. (O. L. G. Cassel. 19. März 1906.)

D. R. p. 508. Entsch. Nr. 1194.

§ 654.

Wenn begründete Zweifel über die Geisteskrankheit der zu entmündigenden Person nicht bestehen können, so daß ihre persönliche Vernehmung durch das entscheidende Gericht nicht mehr von ausschlaggebender Bedeutung für die Entscheidung sein kann, rechtfertigt sich die Vernehmung durch einen ersuchten Richter. (Bayr. O. L. G. 17. Januar 1906.)

D. R. p. 942. Nr. 2282.

V. Reichsgesetz über die freiwillige Gerichtsbarkeit.

§ 46.

Ein in einer staatlich überwachten Irrenanstalt untergebrachter vermögensloser Geisteskranker bedarf nicht einer derartigen persönlichen Fürsorge des Vormundes, daß dieser sich periodisch persönlich vom Ergehen des Mündels etc. überzeugen müßte. Ein wichtiger Grund für die Abgabe der Vormundschaft an das Vormundschaftsgericht der Irrenanstalt liegt daher nicht vor. (O. L. G. Rostock. 13. April 1905.)

D. R. p. 253. Entsch. Nr. 507.

VI. Versicherungsgesetz.

Versicherungsrecht.

Allerdings muß der Satz, auf dem die Entscheidung des Berufungsgerichtes beruht, im allgemeinen für zutreffend erachtet werden, daß nämlich gegenüber den in Frage stehenden Vertragsbedingungen eine Operation nur dann von dem Versicherten verweigert werden dürfe, wenn sie weder als für Leben und Gesundheit gefahrlos, noch als bestimmte Heilung verheißend anzusehen ist, in welchen Punkten eine Würdigung nach vernünftigem Ermessen einzutreten hat. Indem dieser Weigerungsfall hier als nicht vorliegend angesehen ist, hat jedoch die Vorinstanz übersehen, daß bei der Frage, ob das operative Eingreifen als gefahrvoll zu erachten, auch das

subjektive Empfinden der betreffenden Persönlichkeit in Betracht kommen kann. Allerdings muß, was ja auch die Revision zugibt, von Gefahren, die nur in der Einbildung beruhen, abgesehen werden. Es ist aber nicht außer Acht zu lassen, daß auch übertriebene subjektive Vorstellungen von der Gefährlichkeit der Operation nach der Sachlage Berücksichtigung verdienen können, zumal da durch derartige Empfindungen die Gefahr für das Leben und die Gesundheit und der Erfolg des ärztlichen Eingriffes in Frage gestellt werden kann. Es wird immer zu prüfen sein, ob nicht im Einzelfalle eine derartige subjektive Vorstellung nach allgemein herrschender Auffassung, so namentlich gegenüber einer Behandlung, die mit Narkose verbunden, als berechtigt aufzufassen ist. Vorliegend war es für das Berufungsgericht um so mehr angezeigt, eine Untersuchung in der angedeuteten Richtung nicht, wie geschehen, zu unterlassen, als, wie auch von der Revision geltend gemacht ist, der Kläger schon in den Vorinstanzen unter Beweisantritt die Behauptung aufgestellt hat, daß ihm von Dr. M. erklärt worden, ohne Narkose gehe es nicht ab, er könne für die Folgen nicht einstehen. Eine solche etwaige Äußerung konnte möglicherweise in dem Kläger die Auffassung hervorrufen, daß er sich einer durchaus gefahrvollen Operation zu unterziehen habe. In solchem Falle aber war schwerlich dahin zu gelangen, die Weigerung als eine unberechtigte anzusehen. (R. G. VII. 27. Februar 1906.) J. W. p. 206.

Das O. L. G. gelangt bei Würdigung des Tatsachen- und Beweismaterials zu dem Ergebnisse, mit Rücksicht auf die Ungewißheit des Erfolges und auf die nach den besonderen Umständen mit einer Operation verbundenen größeren Gefahren sei dem Kläger nicht zuzumuten, die von der Beklagten verlangte Operation, die mit dem Verluste des untersten Teils der Wirbelsäule verknüpft ist, vornehmen zu lassen. Bei dieser Sachlage sei die Beklagte nicht berechtigt, auf Grund der §§ 11 und 20 der Versicherungsbedingungen die Zahlung der Unfallrenten zu verweigern. — Die Beklagte, jetzt Revisionsklägerin, erhebt hiergegen den Angriff: die den Erwägungen des O. L. G. zu Grunde liegende Auffassung des § 11 der Versicherungsbedingungen sei unrichtig; dadurch sei vielmehr der Versicherungsgesellschaft das Recht gegeben, nach billigem Ermessen die Maßnahme zur Heilung anzuordnen, und der Versicherte könne deren Vornahme, ohne dem Präjudize des § 20 zu unterliegen, nur dann verweigern, wenn er beweise, daß von ihm etwas Unbilliges verlangt werde. Dieser Angriff ist nicht gerechtfertigt: Das O. L. G. hat in dem Rahmen zulässiger Vertragsauslegung und ohne Verletzung des materiellen Rechts annehmen können, daß der Kläger durch § 11 a. a. O. nicht verpflichtet sei, sich einer von der Beklagten angeordneten Operation auch dann zu unterziehen, wenn deren Erfolg in dem festgestellten Maße unsicher und deren Vornahme nach den besonderen individuellen Umständen mit größeren Gefahren verknüpft ist. Dabei ist es durchaus nicht rechtsirrig, wenn das O. L. G. im Zusammenhange seiner Erwägungen ausgeführt hat, durch § 11 sei eine Verbindlichkeit des Klägers, sich operieren zu lassen, nur dann begründet, wenn ein vernünftiger Mensch unter Abwägen aller Umstände auch ohne rechtliche Bindung sich zur Vornahme der Operation entschließen würde. Aus dem Zusammenhange der Gründe und aus der entscheidenden Schlußfeststellung wird diese allgemeine Ausführung zureichend erläutert. Im übrigen ist eine weiter gerügte Verkennung der Beweislast nach Sachlage ausgeschlossen. (R. G. II. 3. April 1906.) J. W. p. 341.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Bericht über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** in Frankfurt a. M. und Gießen vom 26. bis 28. April 1907. (Fortsetzung.)

Alzheimer: Die Gruppierung der Epilepsie.

A. bespricht die Gruppierung der Epilepsie von anatomischen Gesichtspunkten. Als Unterlage für seine Arbeit diente ihm die genaue und nach neuen Methoden durchgeführte Untersuchung von 63 Epileptikergehirnen. Neu sind die Befunde, die er in der Glia feststellen konnte.

Eine Aufteilung der Epilepsie läßt sich auf anatomischem und klinischem Wege erreichen. Gelangt man auf beiden Wegen zu dem gleichen Ergebnis, so darf man wohl annehmen, das Richtige getroffen zu haben.

Der Sektionsbefund läßt leicht erkennen, daß die Epilepsie keine einheitliche Krankheit darstellt.

Der epileptische Anfall kommt bei den verschiedensten Krankheiten vor (Tumor, Paralyse, Dementia praecox etc.). Es ist nun die Aufgabe, zu untersuchen, ob den verschiedenen klinischen Bildern (Ätiologie, Verlauf und Endzustände) verschiedene anatomische Bilder entsprechen.

Seit dem Jahre 1825 sind Veränderungen im

Ammonshorn bekannt und in 40—50% der Fälle nachweisbar.

Weigert fand Markschwund, Nissl wies nach, daß die Zellen in ihrer Anordnung verändert, geschrumpft und verkalkt sind. Die Zahl der Gliakerne ist vermehrt, die Gefäße sind verdickt.

Die Veränderungen im Ammonshorn erklären aber weder die Demenz noch die Anfälle und es sind auch schon von Bleuler und Weber diffuse Veränderungen in anderen Gehirnbezirken nachgewiesen.

Die Verschiedenheit der Epilepsie läßt daran zweifeln, ob eine Krankheit mit so variierendem Verlauf als einheitliche aufzufassen sei.

Auch durch das Tierexperiment ist bewiesen, daß die verschiedenartigsten Gifte zu demselben Erfolge, zu Krämpfen führen. Die Ergebnisse auf dem Sektionstisch und bei der mikroskopischen Untersuchung sind sehr verschiedenartig. Daher ist es erforderlich, Klarheit zu schaffen, um bezüglich der Prognose und Therapie weiter zu kommen.

A. fand in 40% seiner Fälle krankhafte Prozesse im Ammonshorn. Er demonstriert ein Präparat mit Gliawucherung im Ammonshorn. Ebenso finden sich im Nissl-Präparat erkrankte Nervenzellen und vermehrte Gliakerne.

Die Veränderungen im Ammonshorn sind als Nebenbefunde aufzufassen.

Der Krankheitsprozeß verläuft in Schüben. Die Abbauprodukte werden durch Gliawucherung fortgeräumt. Eine häufige Wiederkehr des Anfalles führt zu Verkleinerung der Nervenzellen und Verringerung der Nervensubstanz.

In der Rinde eines Amokläufers fand sich Vermehrung der Gliakerne, Verkleinerung der Zellen, Ausfall von Zellen, Randgliose, verdickte Gefäßwandungen.

In drei Fällen fand Ref. bei Status epilepticus frische Veränderungen im Ammonshorn. Selten findet sich ein geringes Übergreifen der Erkrankung auf Gyrus dentatus und Gyrus hippocampi. Die ganz charakteristischen Veränderungen im Ammonshorn lassen alle diese Fälle zu einer Gruppe zusammenfassen, wenn auch nicht die Erkrankungen dieser Gehirnstelle für die klinischen Erscheinungen der Epilepsie verantwortlich zu machen sind, aber sie sind ein Zeichen einer diffusen Allgemeinerkrankung, die dann auch in der Randgliose, der Gliawucherung der Hirnrinde sich zeigt. Daneben findet man auch eine Anhäufung von Gliazellen in der ersten Rindenschicht und Verdichtung derselben (Pyknose).

In einigen Fällen fanden sich auch besondere Arten noch nicht beschriebener Gliakerne, die nicht Fasern, sondern Platten von eigentümlicher Färbbarkeit ausscheiden.

Im Status epilepticus findet man auch eigentümliche Gliazellen, besonders um die Gefäße herum, sogenannte amöboide Zellen. Sie beladen sich mit Inhalt, verschiedenfach gefärbten Körnchen, zeigen Vakuolen und zerfallen schnell. In den adventitiellen Lymphscheiden der Gefäße findet man dann große Fettschollen, Mastzellen, gelegentlich auch kleine Lymphocytenhäufchen.

Auch in den Zentralwindungen finden sich bei im Status epilepticus Verstorbenen, besonders in der Nähe der Capillaren, nachweisbare Veränderungen, amöboide Zellen, die sich mit myeloiden und protagonoiden Granula, Fettkörnchen etc. beladen. Diese zerfallen rasch wieder und gelangen in die adventitiellen Lymphräume. Zwischen den Gliazellen finden sich wenig Lymphocyten, keine Plasmazellen, aber regelmäßig Mastzellen.

Die Kerne der Gliazellen teilen sich häufig. Außerdem läßt sich der Untergang feiner Achsenzylinder nachweisen.

Diese akuten Veränderungen finden sich nicht, wenn längere Zeit vor dem Tode keine Anfälle aufgetreten waren.

Die chronischen und akuten Veränderungen finden sich in 60% der untersuchten Fälle, die die große Gruppe der genuinen Epilepsie bilden.

Die Gruppierung der Epilepsie gestaltet sich in folgender Weise:

1. Genuine Epilepsie mit Erkrankungen des Ammonshorns, die aber nur eine Teilerscheinung der allgemeinen Hirnerkrankung sind.

2. Epilepsie mit atrophischer Sklerose. Besondere Erkrankung in der Markleiste und hochgradige Atrophie.

Charakteristisch für die zweite Gruppe ist eine unregelmäßige Atrophie mit nachweisbarem Zerfall von Kernen und Fasern (sogenannte atrophische Sklerose). Ätiologisch kommen Alkohol und Blei in Betracht. Die Anfälle haben keine einheitliche histologische Grundlage.

3. Epilepsie bei Allgemeinerkrankungen, besonders bei Lues und Arteriosklerose.

Hierher gehört klinisch die Spätepilepsie, jedoch ist dabei erstens zu bemerken, daß unter den Spät-Epileptikern viel Genuin-Epileptische sind, und zweitens kommt es bei den Genuin-Epileptischen oft schon frühzeitig zu schweren Gefäßveränderungen. Bei den Spät-Epileptischen zeigt ein Teil charakteristische Veränderungen im Ammonshorn, ein Teil der Spätepileptischen wiederum zeigt nichts für Arteriosklerose charakteristisches.

4. Epilepsie bei Idiotie. Makroskopisch findet man nicht selten zirkumskripte Verdickungen der Pia mit darunterliegender Atrophie der Hirnwindungen, mikroskopisch sieht man hier absolute Verödung der Rindenpartien. Frische Veränderungen finden sich nirgends, trotz zuweilen recht häufiger Anfälle.

5. Epilepsie mit Entwicklungshemmungen des Gehirns.

Die Prozesse setzen im foetalen Leben ein und gehen bis zum Tode weiter. Eine besonders charakteristische Form wird als tuberöse Sklerose bezeichnet, mit deutlichen eigenartigen histologischen Veränderungen. Hierher gehört auch das von Rancke beschriebene Stadium verrucosum.

Zum Schluß erwähnt Ref. noch die tuberöse hypertrophische Sklerose, bei der es sich um mangelhafte Differenzierung von Ganglienzellen und Gliazellen handelt. (Wachsmuth-Frankfurt a. M.)

H. Vogt-Göttingen-Langenhagen: Die klinische Gruppierung der Epilepsie.

Dem Unternehmen, ein so vielgestaltiges und in seiner Abgrenzung so viel umstrittenes Gebiet, wie die Epilepsie klinisch zu gruppieren, muß vorhergehen eine Definition dessen, was unter Epilepsie zu verstehen sei. Es handelt sich dabei nicht um eine erschöpfende Umschreibung dieses Begriffes — was allein den Inhalt eines Referates bilden könnte —, sondern nur darum, zu Zwecken der heutigen Darstellung eine konventionelle Grenze zu ziehen, um für die Lösung der zu stellenden Fragen einigermaßen festen Boden unter den Füßen zu gewinnen.

Betrachtet man die lange Reihe der Epilepsien oder der epilepsieartigen Krankheitsbilder, so steht am einen Ende die psychische Epilepsie, ein Gebiet, auf dem die Kontroverse in lebhaftem Gange ist (erinnert sei an die Namen Samt, Kraepelin, Siemerling, Aschaffenburg, Raecke), am anderen Ende steht die Gruppe der epileptiformen Zustände, die wir von der echten Epilepsie abzutrennen gelernt haben, die aber klinisch ihr sehr ähnlich werden können, so die Krämpfe bei Urämie, die Eklampsie, die Krämpfe der Paralytiker, bei erworbenem Hydrocephalus etç. Diese Gruppen sollen ausgeschieden werden, es sollen also nur solche Krankheitszustände erörtert werden, deren epileptische Natur von keiner Seite bestritten wird, die ausgezeichnet sind durch periodisch wiederkehrende Krampfanfälle, die mit Störung des Bewußtseins verlaufen, ferner durch eine dauernde Veränderung der psychischen Persönlichkeit.

Da die Epilepsie klinisch nicht den Charakter einer Krankheit, sondern einer Krankheitsgruppe an sich trägt, da wir zwar über die Biologie des epileptischen Anfalls, nicht aber über das Wesen der epileptischen Krankheit einige Aufklärung besitzen, so kann die Gruppierung nur so vorgehen, daß nicht etwa das ganze Gebiet klassifiziert wird, sondern daß aus der Gesamtmasse der klinischen Bilder einzelne auf Grund der klinischen Erfahrung herausgehoben, und nach ihrer Ätiologie, Symptomenkomplex, Verlauf, Ausgang etc. als Entitäten abgegrenzt werden, manchen von ihnen bestätigt die pathologische Histologie ihren Charakter als zirkumskripte Typen.

Die bisherigen Erfahrungen haben ergeben: innerhalb der Spätepilepsie lassen sich bestimmte, in ihrer Wesenheit verschiedene klinische Bilder jeweils aber mit dem Charakter der echten Spätepilepsie umschreiben. Bei der genuinen Epilepsie ist die Gruppierung meist gleichbedeutend mit der Abgrenzung, was hier bisher als besonderer Typus dargestellt werden konnte, hörte auf zu dieser Form zu gehören. Sie ist im wesentlichen negativ charakterisiert.

Die genuine Epilepsie, auf angeborener, ererbter oder früh erworbener Grundlage beruhend (Frühepilepsie), setzt meist in jugendlichem Alter ein, ist gekennzeichnet durch typische Anfälle, durch petit mal, durch Dämmer- und Verwirrtheitszustände, durch einen progredienten, zu dauernder Veränderung der psychischen Persönlichkeit führenden Verlauf (epil.-psychopathische Konstitution, epileptische Demenz etc. etc.).

Nahe Beziehungen existieren zwischen ihr und der Epilepsie auf organischer Grundlage. Bei Kindern führen Herdaffektionen zu jenen eigenartigen Zustandsbildern, in denen Idiotie, Lähmung und Epilepsie in der verschiedenartigsten Kombination auftreten. Die Epilepsie, die zunächst als Begleit- oder Teilerscheinung auftritt, kann nach Ablauf der akuten Erscheinungen habituell werden, sie kann aber von vorneherein und dauernd das Bild vollständig beherrschen, so daß eine scheinbar genuine Epilepsie als Krankheitsbild resultiert. Wie die Fälle von Sachs und Peterson, Rosenberg, Osler, Goodhart, viele Beispiele bei Bourneville zeigen, gibt es hier zahlreiche Möglichkeiten, durch die eine idiopathische Epilepsie vorgetäuscht werden kann. Diese Fälle, die sogen. zerebrale Kinderlähmung ohne Lähmung, haben Marie, dem sich Freud, Sachs und andere angeschlossen haben, zu der Annahme geführt, daß alle Fälle echter genuiner Epilepsie auf Affektionen herdförmigen Charakters zurückzuführen sind. In dieser Verallgemeinerung unrichtig, trifft diese Tatsache zu für eine Gruppe ganz bestimmter Fälle scheinbar genuiner Epilepsie. Von dieser Seite droht der genuinen Epilepsie keine Verflüchtigung.

Wichtiger sind die Fälle echter genuiner Epilepsie, die dafür zu sprechen scheinen, daß die Epilepsie ganz allgemein den Charakter einer „organischen" Erkrankung besitze. Länger bekannt sind auf diesem Gebiet die Fälle von Pseudo-Jakson, die zahlreichen Beobachtungen Férés, die Aurasymptome mit Herdcharakter u. a., indessen hat erst Heilbronner und kürzlich auch Redlich gezeigt, daß nicht der Reizzustand, sondern die restierenden Ausfallserscheinungen hierin uns Klarheit bringen. Auch diese sind in den Erschöpfungssymptomen, Paresen, aphasischen Störungen (Oppenheim, Heilbronner, Raecke, Bernhard u. a.), schon von früher her bekannt. Der Anfall: Die motorische Rinde ist stets das Ostium, durch welches der vorhandene Reiz in Form des generalisierten Krampfes sich entlädt, den Sitz der Erkrankung innerhalb der motorischen Rinde können wir dann annehmen, wenn Paresen nach den Anfällen zurückbleiben (Redlich, Voisin), während wir von einem extramotorischen Sitze des Anfalls dann reden, wenn bei leichten Anfällen, aber schwerer progressiver Demenz die Beteiligung der für die Intelligenz wichtigeren sensorischen Zentren als die überwiegendere erscheint. Hier wird die Allgemeinerkrankung der Rinde, verbunden mit einer besonderen Intensität des Prozesses an umschriebenen Stellen (Alzheimer, Weber, Bleuler), auch klinisch deutlich.

Ein anderes Gebiet, das mit breiter Fläche in die Klinik der genuinen Epilepsie hereinragt, sind die funktionellen Neurosen, besonders die Hysterie. Schwieriger als die Fälle, wo im Laufe der Zeit die Hysterie zur Epilepsie hinzutritt, oder umgekehrt (Bratz und Falkenberg), sind die

Fälle, bei welchen (Binswanger, Nonne) von Anfang an eine innige Kombination der Symptome besteht. Die Fälle sollen hier, als nicht in das Gebiet der echten, unkomplizierten Epilepsie gehörig, ausgeschieden und von dieser abgetrennt werden, eine Besprechung des strittigen Gebietes der „Hystero-Epilepsie" gehört nicht in den Rahmen des Referats, seit Hoches Referat von 1902, das für den Stand unserer Kenntnisse auch heute noch zutrifft, haben sich keine Gesichtspunkte mehr ergeben, die eine weitere Vertiefung unserer Anschauungen ermöglichten.

Nur die Gruppe der gehäuften kleinen Anfälle von Hoche und Heilbronner (einen Teil dieser Fälle haben Gélineau, Friedmann dargestellt) muß erwähnt werden. Die Erkennung der Natur der Anfälle ist oft ungeheuer schwer, und auch der Verlauf, der sonst zwischen Epilepsie und Hysterie entscheiden kann, gibt kein sicheres Merkmal, da die Fälle rasch zum Tode führen oder heilen, oder in echte Epilepsie übergehen können. Auch die ohne hysterische Zeichen sind von der echten Epilepsie abzutrennen. Sie stellen eine besondere Gruppe dar.

Die degenerative Epilepsie: durch Binswanger haben wir die einfache und degenerative Vererbung unterscheiden gelernt; Cramer hat die Rolle der Endogenität bei der Begründung der Nervosität kürzlich ins richtige Licht gestellt. Es handelt sich um die Tatsache, daß die Degeneration nicht nur direkt Ursache auch der Epilepsie sein, sondern daß sie auch den durch sie nicht direkt erzeugten Erkrankungen eine eigenartige Färbung geben kann. Die Urteilsbegründung stützt sich auf dreierlei: Heredität, gehäufte körperliche Degenerationszeichen und die psychischen Stigmata der Degeneration. Nicht selten verbindet sich die Epilepsie hier mit der angeborenen intellektuellen Schwäche verschiedenen Grades, Debilität bis Idiotie, oft aber tritt das degenerative Element nur in der Déséquilibration zu tage und wir gelangen hier auf ein großes, schwer zu umgrenzendes Gebiet von dem Dégénéré superieur mit vereinzelten epileptischen Anfällen bis zum ausgesprochenen Epileptiker mit den deutlichen Zeichen der Entartung.

Nach dieser Seite ist erst kürzlich eine bestimmte Krankheitsgruppe von der genuinen Epilepsie abgegrenzt worden, die Affektepilepsie von Bratz und Leubuscher. Am besten kennzeichnet sich der Typus durch die von den Autoren selbst gebrauchte Bezeichnung: affektepileptische Krämpfe bei Degenerierten. Das Krankheitsbild steht auf derselben Linie zwischen der Epilepsie und der psychischen Degeneration, wie die psychasthenischen Krämpfe von Oppenheim zwischen der Epilepsie und der Neurasthenie. Erwähnt seien noch die Westphalschen Fälle, die Beziehungen der Epilepsie zur Migräne (Binswanger, Kowalewsky u. a.), zur Myoclonie (Unverricht, Verga). In diesen Fällen handelt es sich meist um Kombinationen, das Konkurrieren verschiedener Krankheitszustände, ihre differentielle Unterscheidung ist praktisch oft recht schwer und wohl in manchen Fällen eine Sache des persönlichen Geschmackes.

Die bisherige Gruppierung ist zugleich eine Abgrenzung, versucht man innerhalb der genuinen Epilepsie besondere Gruppen auszuscheiden, so stellen sich ganz andere Schwierigkeiten ein. Bei Formen, wie der E. rotatoria, retropulsiva etc., handelt es sich natürlich nur um einen besonderen Ablauf, oder eine besondere Symptomgruppierung im Verlaufe des Anfalls etc., bei sonst wesensgleichen Krankheitsbildern, bei der E. menstrualis, der Laktations-E. etc. darum, daß ein physiologischer Vorgang auslösend für die Krankheit oder den Anfall in Erscheinung tritt. Auch bei der ätiologischen Betrachtung werden keine wesensverschiedenen Bilder gewonnen, denn die Féresche ätiologische Einteilung ist abzulehnen, weil sie nicht zugleich eine ätiologisch-klinische ist. Nur drei besondere ätiologische Faktoren müssen erwähnt werden, weil sie in der Theorie der Epilepsie eine gewisse Rolle spielen.

1. Die Epilepsia ex Eklampsia, die nach Heubner, Henoch, Lange und anderen einwandsfreien Beobachtern zu Recht besteht, die aber nach den neueren, genauen individualstatistischen Untersuchungen von Thiemich abgelehnt werden muß, da aus diesen die schon von Binswanger ausgesprochene Tatsache hervorgeht, daß die Fälle auf neuropathischer Anlage erwachsen, daß die Eklampsie der Ausdruck, nicht die Ursache der Erkrankung sei, daß aus dem gleichen Boden dann die Epilepsie erwächst.

2. Die Reflex-Epilepsie: hier wird die zeitliche Entwicklung des Anfalls den Wegweiser bieten zur Unterscheidung von der durch einen peripheren Reiz ausgelösten genuinen E. und von den Krampfanfällen bei epileptogenen Zonen, die der Hysterie stets dringend verdächtig sind.

3. Die Stoffwechselepilepsie (toxämische E.): wir kennen die Genese dieser Fälle näher seit Krainsky, doch konnten Fröhner und Hoppe zeigen, daß nur in einer bestimmten Minderzahl von Fällen der verhinderte Stickstoffabbau anfallbefördernd wirkt, wie auch Alt und Hoppe zeigten, daß nicht alle, wohl aber ein Teil der Epileptiker stoffwechselkrank ist. Wie aus den Beobachtungen von Weber u. a. hervorgeht, handelt es sich in den Fällen der sogen. Magenepilepsie stets um von Natur neuropathische Menschen, die schwere Belastung, psychische Anomalien und unter den Erscheinungen einer Intestinalerkrankung dann den ersten Anfall darbieten; es sind reine Fälle von genuiner (Früh)-Epilepsie, wie es auch aus den anatomischen Befunden hervorgeht (Weber), die Anlage ist von vornherein gegeben, die diätetische Behandlung ist (trotz ihrer großen praktischen Bedeutung) eine symptomatische, nicht eine spezifische.

Hiermit könnte man das Gebiet der Frühepilepsie verlassen, allein es empfiehlt sich, noch ein Gebiet kurz ins Auge zu fassen, das ganz besondere Aufklärung über die Epilepsie schon gegeben hat und noch mehr verspricht, wenn die fachmännische, i. e. ärztliche Aufmerksamkeit sich demselben noch mehr als bisher wird zugewendet haben, das Gebiet der Beziehungen zwischen der Epilepsie und der

Idiotie. Vereinzelte Anfälle können bei allen Idioten auftreten, symptomatisch zeigt sich auch das Bild einer echten Epilepsie bei den verschiedensten Formen der Idiotie, z. B. auch bei der fam. amaurotischen Idiotie, bei den Stoffwechselidioten etc., dann bei den organischen Formen; eine besondere Beachtung verdienen die folgenden Kombinationen, die aber eine einheitliche Systematisierung dieses noch wenig bekannten Gebietes nicht ermöglichen: manche Fälle sind besonders schwere Fälle der echten genuinen, andere der degenerativen Epilepsie. Besonders schwere und eigenartige Formen von Idiotie und Epilepsie sieht man auf der Basis der hereditären Lues erwachsen (cfr. auch die Fälle von Bechterew). Eine besondere Stellung nehmen die aus Herderkrankungen hervorgegangenen Formen von Idiotie, zerebr. Kinderlähmung und Epilepsie in der mannigfachsten Kombination dieser Symptomkomplexe ein (s. oben). Eine weitere Form kann man die hydrocephalische nennen, nicht Fälle von hochgradigem Hydr. ext. mit Schädelvergrößerung, sondern Fälle, in denen der Hydrocephalus nur als starker internus in Erscheinung tritt, der Schädel ist normalgroß oder verkleinert, es handelt sich wohl um eine auf kongenitaler Anlage entstehende, langsam progredierende Form, die klinisch in ausgesprochenen Schüben verläuft. Ferner tritt die E. zu Fällen von Idiotie aus schwerer Entwicklungsstörung, z. B. bei Mikrocephalie, später nicht selten hinzu, es gibt aber auch Fälle, die direkt in der Hemmung der Entwicklung, namentlich in dem Mangel der späteren organogenetischen Differenzierung ihren Grund haben, dahin gehören außer anderen noch schwer zu verstehenden Fällen besonders eine besondere Gruppe, die seit Bourneville, Bonome, dann vor allem Pellizi u. a. näher bekannt ist, die tuberöse Sklerose, sie ist anatomisch besser definiert als klinisch, die Hemmung der Entwicklung tritt aber auch in den Symptomen hervor.

Bei der Spätepilepsie führt die ätiologisch-klinische Betrachtung zu einer Reihe unter sich durchaus verschiedener Krankheitsbilder, die aber alle den Charakter der echten Spätepilepsie besitzen. Es sind zu unterscheiden: die intoxikatorischen Formen, die arteriosklerotische Spätepilepsie, die durch Trauma entstandene und die syphilitische Form.

Bei den Intoxikations-Spätepilepsien erfordern eine besondere Betrachtung die durch Blei entstandene und die alkoholische. Den durch Intoxikation verursachten ist gemeinsam ein ausgesprochen deliriöser Charakter, wie er allgemein im klinischen Verlaufe, dann aber besonders bei der Alkoholepilepsie durch die nahen Beziehungen und die oft in Erscheinung tretende Kombination mit dem Delirium tremens sich zeigt (Moeli, Siemerling, Bonhoeffer, Krukenberg). Bei der Bleiepilepsie ist die Natur der Krämpfe (schon Jolly unterschied die symptomatische und die Intoxikations-E.) oft schwer zu bestimmen, da sie (Westphal) durch die Gefäßerkrankung bedingt, oder urämischer Natur oder der reine Ausdruck der Wirkung des Giftes auf das Cerebrum sein können. Die echte Bleiepilepsie zeigt wenig Anfälle, die schwer sind, hochgradige Zustände von Verworrenheit, schwere dämmerhafte Delirien. Bei der Alkohol-Epilepsie weist die Zeit des Ausbruchs der Erkrankung (im zweiten oder dritten Lebensjahrzehnt) auf die von Hebold und Wartmann hervorgehobene Tatsache hin, daß außer dem Alkohol auch die neuropathische Veranlagung ursächlich in Betracht kommt (M. Huß, Moeli, Binswanger, Salgó). Mit Recht hat Bratz im teilweisen Anschluß an Drouet, Jolly und Neumann (Kraepelin stimmt ihm bei) zwei Formen unterschieden: 1. die Alkohol-Epilepsie, die durch das Verschwinden der Anfälle in der Abstinenz, durch das Ausbleiben eines typischen Verfalls, durch ihre Beziehungen zum Delirium tremens mehr den akuten Geistesstörungen auf alkoholischer Basis nahesteht; 2. die habituelle Epilepsie der Trinker, welche durch das Fortbestehen der Anfälle auch in der Abstinenz, durch die typischen periodischen Verstimmungen, durch ihren progredienten Verlauf, durch ihre Beziehung zu chronischen Psychosen sich als eine echte Epilepsie erweist.

Die arteriosklerotische Epilepsie umfaßt einen Teil, nicht, wie Lüth meint, sämtliche Spätepilepsien. Klinisch bietet sie in einem Teil der Fälle die von Alzheimer und Windscheid beschriebenen Symptome der Hirnarteriosklerose neben den typisch epileptischen Anfällen, sie ist nicht selten durch Herdsymptome kompliziert und kann differentialdiagnostisch auch nach anderen Seiten (Binswanger, Vorkastner) Schwierigkeiten bereiten. In einer anderen Gruppe von Fällen treten mehr die psychischen Erscheinungen, Dämmerzustand und periodischer Schwindel (die Anfälle sind selten) in den Vordergrund. Dies ist die kardiovasale Epilepsie von Schupfer, die wahrscheinlich durch eine Erkrankung der größeren Gefäße zu stande kommt, nicht reflektorisch vom Herzen aus, wie denn eine reine Herzepilepsie abgelehnt werden muß (Stinzing, Binswanger, Redlich u. a.).

Die Fälle der traumatischen Epilepsie haben symptomatische Verwandtschaft zu den durch die Störung der zentralen Innervationsvorgänge erzeugten Krankheiten (traumat. Neur.), wie es zum Beispiel in den gemischten Anästhesien sich zeigt. Trotz der Verschiedenheit des Traumas zeigen (Siemerling) alle Fälle traumatischer Epilepsie eine innere Verwandtschaft: brüsken Beginn, typische Anfälle und starke Neigung zu schweren psychischen Störungen (Wagner, Hay).

Epilepsie nach Syphilis kann die verschiedenartigste, klinisch oft schwer genau zu umschreibende Genese besitzen: symptomatisch, als einziges Zeichen bei Gefäßerkrankungen und als reine postinfektiöse Erkrankung. Die zu letzterer gehörige Form der parasyphilitischen Epilepsie von Fournier ist meist eine echte genuine, die durch eine syphilitische Infektion zum Ausbruch gelangt. Dagegen gibt es im Zusammenhang mit der hereditären und

der erworbenen Syphilis eine Epilepsie als echte postinfektiöse Neurose, die postsyphilitische Epilepsie (analog der Tabes), wie sie für die erworbene Lues von Nonne beschrieben ist.

Bei der genuinen Epilepsie ist die Gruppierung zugleich eine Abgrenzung; auch fernerhin wird die klinische Beobachtung aus diesem Gebiete noch manche Gruppe ausscheiden können, wodurch der Begriff der genuinen Epilepsie mehr und mehr eine Einengung, damit aber eine präzisere Umschreibung, nicht eine Verflüchtigung erfahren wird. Für das Studium der Epilepsie wird sich in Zukunft auch das klinische Gebiet der Fälle von Idiotie und Epilepsie fruchtbar erweisen. Innerhalb der Spätepilepsie lassen sich eine Reihe ätiologisch-klinische Krankheitsbilder festlegen. Diese enthalten einstweilen nur einen Teil, keineswegs aber alle Formen in der Spätepilepsie. Die Epilepsie ist nicht eine Krankheit, sondern eine Krankheitsgruppe. (Autoreferat.)

Diskussion:

Herr Binswanger-Jena: Es gibt Spontanheilungen der genuinen Epilepsie, sogar häufiger, als allgemein angenommen wird, es gibt eine Epilepsie, die nicht zur Verblödung führt. Es müssen also ausgleichbare Störungen der Gehirntätigkeit vorliegen. Eine Reihe der von A. beschriebenen anatomischen Veränderungen scheint ja auch vorübergehend zu sein. Randgliose scheint nicht immer bei genuiner Epilepsie vorzukommen. B. hat auch die von Nonne zuerst beschriebene Syphilisepilepsie beobachtet. Die gehäuften kleinen Anfälle, die Heilbronner beschrieb, will er mit H. von der Epilepsie abgrenzen.

Herr Heilbronner-Utrecht fragt, ob die von A. beschriebenen Veränderungen Zeichen eines chronischen oder schubweisen Prozesses sind. Im allgemeinen entsprechen Anfälle und Verblödung einander nicht ohne weiteres.

Herr Reich-Herzberge erinnert an seine früheren mikrohistochemischen Untersuchungen. Er habe protagonartige und myelinartige Granula bei Epilepsie schon früher dargestellt. Die gelegentlich vorkommenden Zellen der Epilepsie, bei denen eine Unterscheidung, ob es Glia- oder Nervenzellen seien, unmöglich erscheint, hat R. auch gesehen und glaubt, das daher erklären zu können, daß sie beide gleicher ektrodermaler Abstammung seien. R. hat durch langjährige Untersuchungen chemischer und histologischer Art gezeigt, daß man außer den Nisslschen, Heldschen Granula, den Neurosomen Helds und den Pigmentkörnern durch gewisse Härtungs- und Färbungsverfahren bestimmt charakterisierte andere Körnungen nachweisen kann, die aus Substanzen bestehen, die als chemische Bestandteile die Markscheide aufbauen und bei Zerfall oder chemischer Zerstörung der Markscheide wieder als Zerfallsprodukte nachweisbar werden. R. ging in der Weise vor, daß er sich die uns bekannten Markstoffe, das Cholesterin, das Lecithin, das Protagon, Cerebrin und Neurokeratin zunächst auf chemischem Wege aus Gehirnsubstanz darstellte, dann ihr mikrochemisches und färberisches Verhalten feststellte und sie dann auf Grund der nunmehr gewonnenen Kenntnis ihrer für die histologische Untersuchung verwertbaren Eigenschaften im Nervengewebe untersuchte. Er hat auf diesem Wege eine durch saure Farbstoffe (Säurefuchsin) färbbare Substanz im Nervengewebe, die er als myelinartige in Anspruch nimmt, und eine insbesondere durch metachromatische Färbung mit basischen Anilinfarbstoffen ausgezeichnete Markssubstanz unterscheiden können, die ihren chemischen Eigenschaften nach als protagonartige Substanz aufzufassen ist.

R. verweist auf seine Publikationen und auf seine Darstellung der Methode im Journal für Psychologie und Neurologie, in welchem sich auch die betreffenden Literaturangaben finden.

Herr Anton-Halle macht auf das oft auffallende Mißverhältnis zwischen Gehirnmasse und Schädelform aufmerksam; ferner müßten Veränderungen der übrigen Körperorgane, insbesondere die Anomalien der inneren Drüsen mehr berücksichtigt werden bei der Frage nach der Entstehung der Epilepsie. Damit würden sich auch der Therapie neue Quellen erschließen. Er erinnert an die Operation Riedls, welcher unter Schonung der Epithelkörper die Schilddrüse exstirpierte und so einen Zwergwuchs verursachte. Mehr entscheidend scheint die Tatsache, daß einzelne Gewebskategorien bei frühzeitiger Störung der Korrelation der Drüsen im gegenseitigen Entwicklungs- und Wachstumsverhältnisse nicht mehr proportional bleiben. Er erinnert an den Kretinismus und verwandte Zustände, bei denen übrigens die Epilepsie nicht so selten sei, wie in einzelnen Büchern stehe. Auch die Rhachitis habe vielfach Beziehungen zur Epilepsie, wenn auch die Begründung noch ausstehe. Weiterhin kommt für die Epilepsie noch in Betracht die relative und absolute Hypertrophie des Gehirns. Die Besitzer übergroßer Gehirne sind zumeist Epileptiker. Es ist wahrscheinlich, daß hierbei garnicht die Struktur des Gehirns, sondern das Mißverhältnis von Hirn und Schädel die letzte Ursache abgeben. Die Regulierung des Blutdrucks zum Gehirndruck käme dabei auch therapeutisch in Betracht.

So wie die Paralytiker zeichneten sich auch die Epileptiker durch Stoffwechselanomalien aus. Das, was die Chemiker als Störung der Selbstregulierung des Stoffwechsels fassen, muß dabei nicht als Folge oder Ursache der Gehirnkrankheit aufgefaßt werden, sondern wie das Hirnleiden selbst, als auf fehlerhafter Anlage (Constitutionsanomalie) erwachsen.

Herr Bratz-Wuhlgarten: Die anatomische Untersuchung wird erst dann neue Erkenntnis bringen, wenn klinische und histologische Bearbeitung Hand in Hand gehen. Ein diffuser anatomischer Prozeß kann unter Umständen nur als Reizquelle für die Auslösung der Epilepsie gewirkt haben. Die Epilepsie ist dann erst später in ihrem klinischen Verlaufe zu einer echten Epilepsie geworden. — Der diffuse Prozeß kann zweitens in seinem Fortschreiten den wechselnden Reizerscheinungen der Epilepsie, den Anfällen, den Benommenheitszuständen etc. entsprechen.

— Drittens muß sich ein anatomisches Korrelat für die dauernden Ausfallserscheinungen, besonders für die Verblödung, finden. — Wir wissen bisher nicht, ob nicht möglicherweise diffuse Großhirnprozesse, wie A. sie beschreibt, in ihren verschiedenen Stadien mehreren dieser drei Forderungen entsprechen können.

Schlußwort Alzheimer: A. hält mit Binswanger die Epilepsie prognostisch auch nicht immer für ungünstig. Das schließt aber nicht aus, daß auch dann eine tatsächliche genuine Epilepsie im histologischen Sinne vorliegt.

Randgliose hält A. für ein Zeichen eines ganz alten Prozesses und der Verblödung. Die akuten Veränderungen hat A. meist im Status epilepticus gefunden; die organischen Veränderungen nach einem einzelnen Anfall sind so gering, daß er auf Heilbronners Frage einstweilen keine Antwort geben kann.

Schlußwort Vogt: In der Frage der postsyphilitischen Epilepsie bedeuten die Binswangerschen Beobachtungen eine wesentliche Stütze der Nonneschen Mitteilungen. Immerhin wird mit Rücksicht auf die Vielgestalt luetischer Prozesse und damit zusammenhängender Schädigungen (Endarteriitis, reine Intoxikation etc.) eine rein klinische Entscheidung, welches der kausale Faktor ist — ähnlich wie bei der Bleiepilepsie — schwer sein. In der Stoffwechselfrage hält auch V. trotz der Notwendigkeit, die toxämische Epilepsie als besondere klinische Gruppe abzulehnen, dafür, daß es — vielleicht besonders auf dem von Anton gekennzeichneten Wege — Stoffwechselvorgänge rein causalen Charakters, Anfälle mit einem unmittelbaren Intoxikationscoeffizienten zu eruieren gelingen wird. Als Wege, die — natürlich neben vielen andern — in der nächsten Zukunft dahin führen werden, die klinischen Erfahrungen zu vertiefen, bezeichnet V.:

1. die weitere Beachtung der Heilbronnerschen Fälle von genuiner Epilepsie mit Herderscheinungen;

2. das Stoffwechselgebiet;

3. das Studium der zahlreichen Kombinationen von Idiotie und Epilepsie. (Fortsetzung folgt.)

— Programm der **XXXII. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte** am 1. und 2. Juni in Baden-Baden im Blumensaale des Konversationshauses. Erste Sitzung Sonnabend, den 1. Juni, vormittags von 11 bis 1 Uhr. Vorstellungen von Kranken sollen in dieser Sitzung erfolgen. Zweite Sitzung am gleichen Tage nachmittags von 2 bis 5½ Uhr: Referat des Herrn Prof. Dr. Hoche-Freiburg i. B.: Die klinischen Folgen der Unfallgesetzgebungen.

Daran sollen sich die dazu gehörigen Vorträge sowie die Bemerkungen zur Diskussion anschließen. Nachmittags 6 Uhr ein gemeinsames Essen im Restaurant des Konversationshauses.

Dritte Sitzung Sonntag, den 2. Juni, vormittags von 9 bis 12 Uhr mit Einschaltung oder Anschluß von Demonstration mikroskopischer oder sonstiger Präparate.

Vorträge:

1. Dinkler-Aachen: Über perniciöse Anämie und die hierbei vorkommenden Rückenmarksveränderungen.
2. Windscheid-Leipzig: Die klinischen Eigentümlichkeiten der Unfallsneurose mit besonderer Berücksichtigung der in der Unfallsnervenklinik „Hermannshaus“ in Stötteritz bei Leipzig gesammelten Erfahrungen über Beobachtung und Behandlung der Unfallshysteriker.
3. Erb-Heidelberg: Über Diagnose und Frühdiagnose der syphilogenen Erkrankungen des zentralen Nervensystems.
4. Becker-Baden-Baden: Zur Kenntnis der Neuroglia.
5. Trendelenburg und Bumke-Freiburg: Zur Frage der Bachschen Pupillenzentren in der Medulla oblongata.
6. Curschmann-Mainz: Über das funktionelle Verhalten der Gefäße bei trophischen und vasomotorischen Neurosen.
7. Heinsheimer-Baden-Baden: Gibt es ein Training der Verdauungskräfte?
8. Weygandt-Würzburg: Zur Frage der amnestischen Aphasie (mit Demonstration).
9. Homburger-Frankfurt a. M.: Zur Lehre vom Aufbau der faserigen pathologischen Nuroglia.
10. Nonne-Hamburg: Ein weiterer anatomischer Beitrag zur Lehre von der syphilitischen Spinalparalyse.
11. Pfersdorff-Straßburg i. E.: Über dialogisierenden Rededrang.
12. S. Auerbach-Frankfurt a. M.: Zur Diagnostik und chirurgischen Behandlung der Kleinhirncysten.
13. Rosenfeld-Straßburg: Über einige Formen der vasomotorischen Neurose.
14. Stark-Karlsruhe: Zur Pathologie der Gehirngeschwülste (Demonstration).
15. Dreyfus-Heidelberg: Die Melancholie im Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins.
16. Kohnstamm-Königstein: Über hypnotische Behandlung von Menstruationsstörungen.
17. Knauer-Gießen: Stoffwechselstörungen in einem Falle von Pseudotumor.
18. Gierlich-Wiesbaden: Über einen Fall von neuraler Muskelatrophie mit Beginn in frühester Kindheit und Veränderungen in der grauen und weißen Substanz des Rückenmarks, namentlich in den Hintersträngen.
19. van Oordt-St. Blasien: Sclerosis multiplex oder Lues cerebrospinalis.
20. Edinger: Zur Kasuistik des Nervenaufbrauchs.
21. Bethe: Über färberische Differenzen verschiedener Fasersysteme (mit Demonstration).

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 10. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh Med.-Rath, Berlin. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien.) Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Kierling-Gugging (Österreich). Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft in Stärke von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der Westpreussischen Provinzial-Irrenanstalt **Conradstein** bei Pr. Stargard — ca. 1400 Kranke, 10 Aerzte — sind die Stellen eines

Assistenzarztes

und zweier

ärztlicher Praktikanten

zu besetzen.

Das Gehalt für Assistenzärzte beträgt 2100 M., für Praktikanten 600 M. jährlich. Daneben wird freie Verpflegung I. Klasse, Wohnung und Wäsche im Jahreswerte von 1125 M. gewährt.

Auswärtige Dienstzeit im Staats- oder Kommunaldienste kann angerechnet werden.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnissen sind zu richten an den Direktor

Dr. Kroemer
Geheimer Medicinalrath.

Die **Prov.-Irrenanstalt Dziekanka bei Gnesen** sucht für alsbald einen **Assistenzarzt.**

Anfangsgehalt 2400 M. bei freier Station I. Klasse.

Nach fünfjähriger Dienstzeit der Regel nach Anstellung auf Lebenszeit als Anstaltsarzt mit einem Gehalt von 3300 bis 5300 M. neben Dienstwohnung oder dem tarifmässigen Wohnungsgeldzuschuss und Pensionsberechtigung.

Bewerbungsgesuche mit Lebenslauf, ärztlicher Approbation und etwaigen Zeugnissen im Original oder in beglaubigter Abschrift werden an die Anstaltsdirektion erbeten.

An der **Provinzial-Irren-Anstalt bei Neustadt** an d. Ostsee (Holstein) ist die Stelle eines

dritten Hülfsarztes

zum 1. Juli d. J. zu besetzen. Gehalt 2500 Mark neben vollständig freier Station. Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion zu richten.

Die Stelle der

Oberpflegerin

an der Irrenpflegeanstalt St. Thomas zu **Andernach a. Rhein** ist tunlichst bald neu zu besetzen. Bargehalt von 750 Mark, alle 2 Jahre steigend um 50 Mark bis 1150 Mark, vollständig freie Station I. Klasse. Pensionsberechtigung. Meldungen an die Direktion der Anstalt.

VITRALIN
HOCHGLANZFARBE
ROSENZWEIG & BAUMANN · KASSEL 964

„In Heilanstalten für Zellen, Bäder etc. bewährtester Anstrich".

Im Ctr. des vornehmsten W. Vorortes von Berlin, ist ein mit der **Konzession zum Betriebe einer Irrenanstalt** versehenes Grundstück (geeignetes Anstaltsgebäude mit grösserem Park) **baldmöglichst** unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 ▢-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 ▢-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre: **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

An der **Königlich Sächsischen Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke zu Hubertusburg bei Wermsdorf** ist die Stelle eines

Assistenzarztes

am 1. Juli 1907 zu besetzen. Jahresgehalt 2400 M. ohne Nebenbezüge. Dauernde Anstellung im Staatsdienste bald erreichbar. Psychiatrische Vorbildung wird nicht erfordert. Bewerbungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die **Direktion der Anstalt** einzusenden.

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Dr. med. Lots Kuranstalt
f. Nervöse u. Erholungsbedürf. j. A. **Friedrichroda** i. Thür.
Spez.-Behandl. bei Kongestion, Kopfschmerz, Neuralgien.

Dr. Warda, früher I. Assistenzarzt von Herrn Geheimrat Professor Dr. Binswanger in Jena, empfiehlt seine Heilanstalt für Nervenkranke

Villa Emilia

zu **Blankenburg** im Schwarzatal (Thüringen). Die Anstalt ist durch einen schönen und zweckmäßigen Neubau vergrößert und das ganze Jahr geöffnet. 987

SANATOGEN

hervorragendes Diätetikum von eklatanter Wirkung auf das Nervensystem,

absolut reizlos

hervorragende tonische Wirkung.

Den Herren Ärzten Proben und Literatur kostenlos durch

Bauer & Cie., Berlin SW. 48.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler.
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 10. 1. Juni 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Der ärztliche Nachwuchs für psychiatrische Anstalten.

Referat, erstattet von Dr. *Siemens*, Geh. Medizinalrat in Lauenburg i. Pommern, bei der Jahressitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Frankfurt a. M. am 26. April 1907.

Meine Herren!

Als bei der vorjährigen Tagung unseres Vereins in München unser verehrter Kollege Grashey in festlicher Rede berichtete, daß in Bayern in den letzten Jahren 25 Millionen Mark für neue Irrenanstalten ausgegeben worden seien und in der nächsten Zeit noch mehr ausgegeben werden müßte, da sagte er, daß die größte Schwierigkeit jetzt darin bestände, daß für die schönen neuen Anstalten tüchtige Ärzte beschafft würden. — In der Tat: was nützen die schönsten Anstalten, wenn diejenigen fehlen oder minderwertig werden, welche allein eine unserer fortgeschrittenen Zeit und Wissenschaft würdige Behandlung und Pflege der Geisteskranken gewährleisten? (Alt, Psychiatrische Wochenschrift, 1906, p. 397.)

Es ist eine sehr ernste Frage für unsere Anstalten, für unsere Wissenschaft, für unsern Stand: die nach dem ärztlichen Nachwuchs für psychiatrische Anstalten. Auch die Behörden können dieser drohenden Gefahr nicht gleichgültig zusehen, denn der Ärztemangel schädigt die den Staatsverbänden gehörigen Institute und macht sie unfähig, ihren Pflichten gegenüber den ihnen zur Behandlung und Pflege anvertrauten Kranken nachzukommen. Das Angebot bei der Ausschreibung der Ärztestellen an unsern Anstalten ist in den letzten 10 bis 15 Jahren in steigendem Maße geringer geworden. Das Schlimmste dabei ist; daß wir keine Auslese mehr haben. Zum Irrenarzt eignet sich nicht jeder, auch wenn er sonst vielleicht ein guter Arzt ist. Jetzt aber bekommt man meist überhaupt keine Meldung mehr, oder nur durch glücklichen Zufall eine brauchbare. So kann es unmöglich weiter gehen. Selbst an den Universitätskliniken macht sich der Ärztemangel fühlbar und wurde kürzlich im Preußischen Abgeordnetenhause als Kalamität bezeichnet (Marburg).

Zur Abhilfe der Ärztenot sind von verschiedenster Seite Vorschläge gemacht worden. Ich will Ihre Zeit und Geduld nicht durch Wiederholung von oft Gesagtem in Anspruch nehmen, sondern möchte in erster Linie hier nur den Stand der Sache kurz skizzieren und eine ausgiebige Aussprache anregen. Ich darf annehmen, daß Ihnen die Ausführungen von Kraepelin, Hoppe, Alt, Vocke u. a. gegenwärtig sind.

Die Vorschläge zur Abhilfe setzen die Kenntnis der Ursachen voraus. Die Ursachen sind mancherlei, sie zu erkennen, ist nicht so einfach.

Über fehlenden Ersatz für Assistenzärzte klagen zur Zeit nicht nur wir, sondern auch die andern Krankenhäuser und sogar die Universitätskliniken, und den praktischen Ärzten in Stadt und Land ist es fast unmöglich, einen jüngeren Arzt als Vertreter für die Zeit der Erholung oder des Fortbildungskursus zu bekommen. Ich greife nur die Nr. 12 der Münchener medizinischen Wochenschrift vom 19. März 1907 heraus und finde nicht weniger als 53 Assistenzarztstellen angeboten.

Unzweifelhaft hat in den letzten Jahren überhaupt eine merkliche Abnahme des Zudrangs zum Medizinstudium stattgefunden. Der Zudrang zu allen gelehrten Berufsarten hat sich noch immer in Wellenbewegungen gezeigt. Während in den letzten Jahren zum juristischen Studium eine Hochflut drängte, so daß jetzt in Preußen allein über 7000 Referendare vorhanden sind, und die Regierung mit allen Mitteln abwehrt, so war der Strom vom medizinischen Studium merklich abgeflaut. Die Zahl der Medizinstudierenden betrug auf allen deutschen Hochschulen im Jahre 1880: 8986 und war im Winter 1905/06 auf 6080 gesunken. Darunter befanden sich 895 Aus-

länder. Es studierten also in Deutschland etwa 3000 Personen weniger Medizin als vor 15 Jahren.

Freilich, die praktischen Ärzte klagen trotzdem noch immer über Überfüllung in ihrem Beruf. Sie möchten gern, daß die Krankenhäuser noch mehr Ärzte beschäftigten, um eine reichliche Entlastung der freien Praxis von übermäßigem Zustrom herbeizuführen. Das Organ des Leipziger Verbandes (Nr. 6 vom Februar 1907) sagt, daß dies nur geschehen kann, wenn die Stellung der Krankenhausärzte verlockender ist als die Privatpraxis. „Wenn die Krankenhausärzte sich eine bessere materielle Lage erkämpfen, so werden nicht zuletzt die Krankenhäuser selber den Nutzen davon haben. Man verdunkele doch nicht die ernste wirtschaftliche Frage, welche hier vorliegt, durch allerhand ideelle Vertröstungen. . . .“ Meine Herren, es geht zur Zeit eine starke wirtschaftliche Bewegung durch die Ärzteschaft, welche durchaus ihre Berechtigung hat. Die jungen Ärzte gehen — zumal jetzt nach dem in Krankenhäusern zugebrachten praktischen Jahr — mehr als dies früher der Fall war, sofort in die Praxis. Nach dem praktischen Jahr ist die Annahme von Volontärarztstellen für sie auch nicht mehr nötig. Auf Volontärärzte werden die Irrenanstalten in Zukunft wohl überhaupt verzichten müssen. Das Organ des Leipziger Verbandes (Nr. 5 von 1907) hat Recht, wenn es sagt, daß das Volontärarztsystem sich überlebt hat. Versehen die Volontärärzte Assistenzarztdienst, so soll man ihnen auch Assistenzarztgehälter gewähren, ist das nicht der Fall, so besetze man diese Stellen mit Praktikanten.

Auf der andern Seite ist die Zahl der Krankenhäuser, Anstalten, Heilstätten, Sanatorien und wie sie alle heißen, in letzter Zeit sehr schnell gewachsen. Daneben brauchen allerlei Institute für besondere Zwecke, Untersuchungsämter, Institute für experimentelle Therapie, bakteriologische Institute, die chemischen und pharmazeutischen Fabriken usf. eine Menge Ärzte. Das Heer, die Marine, die Kolonien, die Handelsmarine nehmen eine Menge Ärzte auf, die staatsärztliche Karriere zieht viele an. Der Bedarf an jungen Ärzten ist überall ein sehr großer. Auf weibliche Ärzte ist vorläufig auch nicht zu rechnen. Einmal ist ihre Zahl noch zu klein, um ins Gewicht zu fallen, und dann wollen diese Damen wohl an Universitätskliniken oder in der Großstadt, aber beileibe nicht an entlegenen Anstalten praktizieren. So ist denn die Knappheit der Bewerber überall eine fühlbare.

Bei unserm Spezialfach wird sich der Mangel ganz besonders zeigen. Die Gründe sind ja bekannt: Das Mißtrauen und die Vorurteile, mit denen unser Beruf zu kämpfen hat, und die er nicht verdient, brauche ich Ihnen nicht auseinanderzusetzen. Die Gefahren für Leben und Gesundheit und die große Verantwortung, welche er mit sich bringt, die Entsagung, welche er verlangt, die mangelnde Anerkennung, alles das schreckt die jungen Ärzte ab.

So hat denn die Ärztenot dazu geführt, daß man die ganze Stellung der Ärzte an den Irrenanstalten einmal mehr ins Licht gerückt hat. Man hat den Stand der Irrenärzte einen „vergessenen Stand“ genannt. Man hat gefunden, daß die Stellung der Ärzte an den Irrenanstalten in vieler Hinsicht mangelhaft ist, nicht zum mindesten auch in wirtschaftlicher Hinsicht. Wollen wir also die Ärztenot an unsern Anstalten beseitigen, so müssen wir die Mängel der Stellen beseitigen. Man muß die Stellen begehrenswert machen. Aus idealem Interesse an der Wissenschaft, oder lediglich aus Lust an der Arbeit oder der Entsagung wird keiner Irrenarzt. Wenn wir dem Arzt nicht eine befriedigende Existenz bieten können: entsprechende Lebenshaltung, auskömmliche Besoldung, sichere und befriedigende Aussichten auf die Zukunft, das Recht auf geistige Anregung und Fortbildung, auf Erholung nach der Arbeit, — so werden wir niemand bekommen. Mit Recht machen Alt und Vocke geltend, daß mit kleinen Mitteln hier nichts getan ist, daß vielmehr großzügige Reformen nötig sind.

Die Vorschläge zur Besserstellung der Ärzte an den Landes-Irrenanstalten (diese habe ich jetzt hauptsächlich im Auge) beziehen sich naturgemäß in erster Linie auf die Gehalts- und die Beförderungsverhältnisse. In zweiter Linie kommen allerlei sonstige Verhältnisse der Anstalten in Betracht.

Zuerst also die Gehalts- und Beförderungsverhältnisse:

Die Gehälter der Assistenzärzte sind meist ausreichend, ja in einigen Provinzen sind sie so hoch, daß die Assistenzärzte sich mit ihrer freien Station viel besser stehen als ihre verheirateten Kollegen. Die Assistenzarztgehälter müßten zur Vermeidung des Umherziehens und der Konkurrenz der Provinzen untereinander einheitlich geregelt werden: 1800 M. jährlich und freie Station, jährlich um 200 M. steigend, erscheint angemessen und wird von den meisten Behörden schon gegeben. Bei Berechnung der Dienstzeit müssen die an andern Anstalten, Kliniken und Krankenhäusern zurückgelegten Jahre angerechnet werden. Ja bei uns in Pommern können sogar auch die Jahre der freien ärztlichen Praxis angerechnet werden.

Nach einer gewissen, möglichst überall gleichen Dienstzeit müssen die Assistenzärzte, welche beim Fach bleiben wollen und sich dazu eignen, zu Oberärzten ernannt und lebenslänglich mit Anspruch auf Pension, Unfallentschädigung, Witwen- und Waisenversorgung angestellt werden, und ihr Gehalt muß so normiert und ihre Emolumente müssen so beschaffen sein, daß die Ärzte sich eine Familie gründen können. Man muß aus den Anstaltsoberärzten eine eigene Berufsart machen, eine begehrenswerte Beamtenlaufbahn für sie schaffen.

Der Anstaltsoberarzt muß eine völlig gesicherte, deutlich übersehbare Zukunft vor sich haben, auch wenn er nicht Direktor wird, was ja nicht alle werden können. Ich nehme bei den jetzigen Kosten der Lebenshaltung an: Gehalt, anfangend mit 4000 M., steigend nach je drei Jahren um 500 M., bis 6500 M. Dazu freie Familienwohnung, freie Heizung und Beleuchtung, freie Arznei für sich und die Familie und freie Gartenbenutzung. Der mit der Vertretung des Anstaltsdirektors ständig betraute Oberarzt erhält noch eine besondere pensionsfähige Zulage von 600 M., wie wir dies in Pommern bereits seit mehreren Jahren haben. Werden die Gehälter so normiert, so weiß jeder, was er zu erwarten hat. Die Oberärzte der Irrenanstalten sind damit in ihren Bezügen noch etwas besser gestellt, wie die Richter und Oberlehrer.

Eine Zwischenstufe zwischen Assistenz- und Oberarzt zu schaffen, wie das Vocke vorschlägt und verschiedene preußische Provinzialverwaltungen bereits gemacht haben, das kann ich nicht befürworten. Das Gehalt bleibt in dieser Stufe („Anstaltsarzt") unzulänglich, die Stellung ist subaltern und unsicher, da das Aufrücken in Oberarztstellen ungewiß ist, kurz es ist nichts halbes und nichts ganzes. Wir in Pommern haben bereits die Oberarztstellen „nach Bedarf" und sind sehr zufrieden damit.

Das Gehalt der Direktoren müßte für mittlere Anstalten (bis 700 Kranke höchstens) auf 6000 bis 9000 M., für die Mammutanstalten auf 9000 bis 12000 M. nebst den üblichen Emolumenten (freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Garten) festgesetzt werden.

Um noch ein paar Worte über die leidige Titelfrage zu verlieren, die bei uns in Deutschland ja noch immer eine gewichtige Rolle spielt, so erscheint es angemessen, daß den älteren Oberärzten der Titel Sanitätsrat, dem Direktor eo ipso der Titel Medizinalrat beigelegt wird, dem dann später der Geheime angehängt wird.

Ich komme nun zu den sonstigen Verhältnissen in den Anstalten. Ich stimme auch darin mit den Autoren überein, daß man die Landesanstalten nicht mehr in die Einöde oder in die Nähe kleiner Städte legen soll, sondern tunlichst dicht an ein Verkehrszentrum. Die nötige geistige Anregung für die Erwachsenen, höhere Schulen für die Kinder muß der Ort bieten und auch das Reisen leicht gestatten.

Sodann muß dafür gesorgt werden, daß nicht mehr als 100 Kranke auf einen Arzt kommen, wobei der Direktor aus der Rechnung ausscheidet. Die Stellung der Oberärzte muß zu einer möglichst selbständigen gemacht werden. Der Direktor, dessen Zeit mit der gesamten Verwaltung, mit der Repräsentation nach außen und dem Verkehr mit den Behörden schon sehr belastet ist, kann nur noch als Konsiliarius in der Anstalt auftreten und kann sich um die Details der Behandlung nicht mehr kümmern. Was wichtig ist und was er sonst noch vom ärztlichen Dienst wissen muß, kann er in der ärztlichen Konferenz, die er abhält, erfahren. Er kann und soll sich mit den Assistenzärzten beschäftigen, für ihre wissenschaftliche Anregung und Weiterbildung sorgen.

Um den einzelnen Ärzten genügend freie Zeit zur Erholung und zu eigener Arbeit zu gewähren, ist es nötig, daß ein überzähliger Arzt in der Anstalt zur Vertretung bei Beurlaubungen vorhanden ist, also einer etatsmäßig mehr als 1 : 100. Kommandierungen von Militärärzten und klinischen Assistenzärzten sind erwünscht. Gemeinsame Erholungsräume müssen für die Ärzte vorhanden sein. Jedem Arzt steht alljährlich ein Erholungsurlaub, unter Fortbezug seiner Kompetenzen, von vier Wochen zu. Alle Jahre soll einer der Ärzte an einem Fortbildungskursus teilnehmen. Erwünscht ist die Einrichtung, daß abwechselnd ein Arzt zu einer spezialistischen Ausbildung einige Monate auf die Hochschule oder Akademie geschickt wird. Dies wird dann der Anstalt dauernd zu gute kommen. Wenn dann jede Anstalt einen Gynäkologen, einen Chirurgen, einen Augenarzt, einen pathologischen Anatomen unter ihren Oberärzten hat, wird das ärztliche Zusammenleben und Wirken sich fruchtbringend und anregend gestalten.

Schließlich kann man die Möglichkeit vorsehen, einem Anstaltsarzt, welcher aus irgend einem Grunde aus der Karriere ausscheiden will, als Abfindung gegen den Verzicht auf Pension etc. nach fünf Jahren 5000 M., nach zehn Jahren 10000 M. zu geben.

Dem obigen Vortrag des Herrn Geh. Medizinalrat Dr. Siemens dürften zweckmäfsiger Weise die beachtenswerten Ausführungen angefügt werden, welche Herr Direktor Dr. Neisser (Bunzlau) bei der Diskussion zu jenem Vortrag in der Jahressitzung gab:

Auch ich möchte mich gegen die Einrichtung der sogen. „Anstaltsärzte" als einer Zwischenstufe zwischen Assistenzärzten und Oberärzten mit einer besonderen gleitenden Gehaltsskala aussprechen. Wir in Schlesien haben sie im vorigen Jahre nach westfälischem Muster auch bekommen, allerdings wohl ohne besondere Ingerenz der Anstaltsdirektoren. Zunächst bedeutete ja die Einrichtung bei uns eine dankenswerte Verbesserung gegenüber dem bisherigen Modus, wo die überwiegende Mehrzahl aller Ärzte sich trotz vieljähriger Dienstzeit mit dem knappen Assistenzarztgehalte bescheiden mußte. Aber als die erwünschte und endgültige Lösung kann sie nicht erachtet werden, und es war mit Sicherheit vorauszusehen, daß die Schwierigkeit, Ärzte zu bekommen, dadurch nicht wesentlich beeinflußt werden würde. Es muß wohl auch von jedem als eine berechtigte und nicht unbillige Forderung erachtet werden, daß der Arzt, welcher nach der seitens der Verwaltung für notwendig gehaltenen Ausbildungs- und Bewährungsfrist definitiv angestellt wird, eine Bezahlung erhält, welche ihn in den Stand setzt, zu heiraten. Das ist aber mit dem Gehalte eines Abteilungsarztes bei den heutigen Verhältnissen bei uns nicht möglich. Sollte dies aber entsprechend aufgebessert werden, so würde, wenn die besondere Stellung und Gehaltsskala der Oberärzte beibehalten würde, letztere so sehr in die Höhe getrieben werden, wie dies den Verwaltungen nicht zugemutet werden kann. Es ist aber auch gar nicht einzusehen, warum eine förmliche Abscheidung der Oberarztstellen von den Abteilungsärzten Platz greifen müsse. Ich halte den Vorschlag des Herrn Referenten, der ja auch schon mehrfach durchgeführt ist, für den richtigen, daß diejenigen Ärzte, welche besondere Leistungen übertragen erhalten, wie z. B. die Stellvertretung des Direktors und dergl. mehr, dafür eine besondere — eventuell pensionsfähige — Funktionszulage erhalten. Ob dann alle diese Ärzte „Oberärzte" genannt werden sollen, das ist eine untergeordnete Frage, auf welche ich nicht eingehen möchte. Aber unvollständig und für die Steigerung des Ärzteangebotes unwirksam würde nach meiner bestimmten Überzeugung die Reform sein, wenn nicht die weitere Einrichtung hinzuträte, daß die anderwärts verbrachte Dienstzeit, insbesondere dann, wenn es sich um eine spezialistisch-fachliche Tätigkeit handelt, bei der Gehaltsabmessung in Anrechnung gebracht wird. Erst wenn diese drei Gesichtspunkte: einheitlich fortlaufende angemessene Gehaltsskala, Funktionszulagen für die Wahrnehmung besonderer Dienstgeschäfte und Anrechnung fremder Dienstzeit, zusammengenommen werden, wird wirklich eine den Stand hebende und den Betrieb sicherstellende Reform geleistet sein.

Ich möchte nun glauben, daß diese Regelung der Dinge noch von einem Gesichtspunkte aus dringend notwendig ist, welchen der Herr Referent nicht in seine Betrachtungen einbezogen hat, und deshalb hauptsächlich habe ich mir das Wort erbeten. Es besteht noch in einer anderen Beziehung eine große Schwierigkeit bezüglich des psychiatrischen Nachwuchses: Während nämlich die Landesanstalten die größte Mühe haben, überhaupt Ärzte zu finden, so daß von einer Auslese geeigneter Elemente schon längst nicht mehr die Rede sein kann, haben auf der anderen Seite die Assistenzärzte der psychiatrischen Kliniken und Stadtasyle ganz außerordentliche Schwierigkeiten hinsichtlich ihrer späteren Existenz und Versorgung. Daß damit aber auch die Frage der Qualität, der fachlichen Ausbildung der den Landesanstalten zu Gebote stehenden ärztlichen Kräfte eng zusammenhängt, bedarf keiner eingehenden Ausführungen. Denn die Zeit, da die Anstalten selbst zugleich die wesentlichen Bildungsstätten für die Psychiater waren, ist längst, und wohl für immer vorüber. Mit der Erstehung der zahlreichen Kliniken sind diese naturgemäß zu den Trägern der wissenschaftlichen Strebungen und Fortschritte geworden, mit denen die Anstalten mit ihren vorwiegend praktischen Aufgaben nicht Schritt zu halten vermögen. Es ist deshalb dringend wünschenswert, daß die Kluft zwischen Wissenschaft und Praxis nicht vertieft, nicht aufrecht erhalten, sondern nach Möglichkeit überbrückt werde, und daß der Übergang in die praktische Laufbahn des Anstaltsarztes den klinischen Ärzten erleichtert werde. Bisher bildete aber die innere Geschlossenheit und das Anciennitätsprinzip innerhalb der einzelnen Verwaltungsgebiete hierfür ein fast absolutes Hindernis. Es ist dies aus der Entwicklung der Dinge leicht verständlich. Je mehr infolge der neueren Gesetzgebung der Kreis der psychiatrischen Aufgaben für die einzelnen Provinzialverwaltungen sich erweiterte und somit die Zahl der Anstaltsärzte sich mehrte, je mehr andererseits die wirtschaftlichen Interessen in den Vordergrund traten und dazu nötigten, eine gewisse Sicherheit für die Erreichung der wenigen besser besoldeten oberen

Stellen zu gewährleisten und somit das Anciennitätsprinzip mehr und mehr zur Richtschnur zu nehmen, und je mehr endlich, dem allgemeinen Zuge der Zeit folgend, der Beamtencharakter betont und damit die Beförderung innerhalb des eigenen engeren Verwaltungsbereichs eine immer mehr ausschließliche wurde, desto geringere Aussichten konnte ein klinischer oder städtischer Anstaltsassistent auf ein Einspringen in eine seiner Vorbildung entsprechende Stelle im Provinzialdienste haben. Und hierin liegt nach meiner Meinung der tiefgreifendste und wichtigste Grund für das quantitativ und qualitativ unzulängliche Angebot für die psychiatrischen Anstaltsstellen. Das wird aber anders mit dem Augenblick, wo eine ausreichende und nach der Anciennität ununterbrochen fortlaufende Gehaltsskala allen definitiv angestellten Anstaltsärzten*) gewährt wird. Denn dann wird durch das Eintreten fremder Elemente in eine ihrer persönlichen Vorbildung entsprechend bemessene hohe Gehaltsstufe kein anderer geschädigt oder zurückgesetzt; dann hört das „Ersitzen" der „höheren", der Oberarztstellen auf und es werden hierfür, je nach dem Vorschlage des Direktors, die wirklich geeigneten Elemente zum großen Vorteile der Kranken, sowie des ganzen wissenschaftlichen und praktischen Anstaltslebens herausgesucht werden können.

Solange und soweit der Ärztemangel ein allgemeiner ist, wird derselbe natürlich in unserem Fache nicht zum wenigsten sich weiter geltend machen. Später aber, und auf die Dauer wird es sich zeigen, daß mit den empfohlenen Maßnahmen eine gesunde Grundlage der psychiatrischen Ärzteverhältnisse gewonnen ist.

*) Die Zahl der etatsmäfsigen definitiven Anstaltsarztstellen soll, wie ich meine, so bemessen sein, dafs auf je 150 Kranke ein solcher Arzt gerechnet wird. Diese Zahl soll durch Assistenzärzte eine Ergänzung in der Regel soweit finden, dafs dann insgesamt auf je 100 Kranke ein Arzt entfällt (wobei der Direktor dann bei gröfseren Anstalten nicht mitzuzählen ist).

Irrenärztliches aus Süddeutschland.

Während sich die ökonomische Lage der Aerzte an den Irrenanstalten nördlich des Main fortschreitend bessert und auch den Assistenzärzten dadurch ein Ansporn zum Bleiben gegeben wird, daß sie nach drei- bis fünfjähriger Dienstzeit in pensionsberechtigte und wenn auch nicht überreich, so doch befriedigend bezahlte Stellen aufrücken können, scheinen die maßgebenden Behörden in Süddeutschland größtenteils ein anderes, weniger wohlwollendes Verhalten gegenüber den Anstaltsärzten für angezeigt zu erachten.

Auch hier ist natürlich immer ein großer Wechsel in den Assistenzarztstellen. Oft auch sind solche Stellen wegen Mangel an passenden Bewerbern längere Zeit unbesetzt. Aber dies wird anscheinend als kein großer Uebelstand angesehen. Wenigstens lassen die Maßnahmen, die zur Abhilfe ergriffen werden, darauf schließen.

Wie die Assistenzärzte der badischen Irrenanstalt Emmendingen eine Eingabe an das Ministerium des Innern machten, mit der Bitte, ähnliche Aufrückungsverhältnisse wie an den norddeutschen Anstalten zu schaffen, erhielten sie einen ablehnenden Bescheid. Sie kündigten darauf ihre Stellung. Natürlich kann das Ministerium von sich aus nicht solche neue pensionsberechtigte Stellen schaffen. Aber es kann sie bei den Ständen beantragen. Hätte das Ministerium eine solche Antragstellung für den nächsten Landtag auch nur in Aussicht gestellt, so wären die Assistenzärzte sicher befriedigt gewesen und geblieben. Das Ministerium geht aber andere Wege. Es möchte die vakanten Assistenzarztstellen durch billige Medizinalpraktikanten versehen lassen. Nur fehlen bis jetzt dazu auch die Medizinalpraktikanten. Da die beteiligten Behörden dieses Fernbleiben der Praktikanten an den Irrenanstalten darauf zurückführen zu müssen glauben, daß diese an den Anstalten nicht wie in einem Krankenhaus ihr ganzes Jahr abdienen können, so suchen sie diesem Uebelstand dadurch abzuhelfen, daß sie die Irrenanstalten den Krankenhäusern in Bezug auf die Praktikantenzeit gleichgestellt sehen möchten und entsprechende Schritte beim Bundesrat einleiteten. Ob der Bundesrat auf diesen Antrag eingehen wird, ist noch nicht sicher. Aber selbst wenn er es tut, wird auch dadurch die Assistenzarztnot nicht aus der Welt geschafft werden. Tatsächlich können die Medizinalpraktikanten in einer Irrenanstalt für die allgemeine Praxis nicht das lernen, was in einem Krankenhaus, und nach wie vor werden sie deshalb die Irrenanstalten bei der Ableistung des praktischen Jahres vorwiegend meiden.

In Baden kommen die pensionsberechtigt angestellten Anstaltsärzte (Oberärzte) bis zu einem Höchstgehalt von 5000 Mark, steigend alle drei Jahr um 500 Mark. Der Anfangsgehalt richtet sich nach den letzten Bezügen als Hilfs(Assistenz)arzt vorher. Die freie Familienwohnung ist mit 600 M. pensionsberechtigt. Da im nächsten Jahr eine allgemeine Gehaltsaufbesserung sicher kommt und diese nach einer Meldung der Frankfurter Zeitung etwa zehn Prozent des bisherigen Einkommens betragen soll, so würden damit

wenigstens für diese Aerzte einigermaßen befriedigende Verhältnisse geschaffen.

Weniger gut, d. h. schlechter, sind die pensionsberechtigten Irrenärzte (Oberärzte) in Württemberg daran. Ihr Höchstgehalt ist 4000 Mark, von 3000 Mark an alle drei Jahre um 400 Mark steigend. Die freie Familienwohnung ist bis jetzt noch nicht pensionsberechtigt, soll es aber noch in diesem Jahr im Betrag von etwa 400 Mark werden. Wie aus den Verhandlungen des württembergischen Landtags zu entnehmen ist, haben diese Aerzte eine Eingabe um Besserstellung gemacht. Sowohl in der Kommissionsberatung des Etat, als auch im Plenum wurde diese Eingabe vom Landtage wohlwollend behandelt, die schwierige Stellung der Irrenärzte voll anerkannt und der Berichterstatter erklärte, daß der Landtag bereit sei, an der Besserstellung der Oberärzte mit Hand anzulegen. Was tut aber die Regierung? Nach dem Bericht des „Schwäbischen Merkur" Nr. 223 antwortete der Minister etwa: „Die Eingabe der Oberärzte sei zu spät eingekommen. Die Gehälter stehen im Verhältnis zu den übrigen Beamtengehältern in Württemberg". Schon oft ist es vorgekommen sowohl im Reichs-, als auch in den Einzel-Landtagen, daß im Etatentwurf auf Wunsch der Stände noch Abänderungen von der Regierung vorgenommen wurden. Dies hätte auch nach den Kommissionsberatungen bei den Gehaltsätzen der Oberärzte gemacht werden können, zumal da bei der geringen Zahl der Oberärzte dadurch das Gleichgewicht im Etat nicht gestört worden wäre. Leider fehlte es in diesem Fall bei der Regierung am Wollen, nicht am Können.

In der gleichen Landtagssitzung kam auch die Assistenzarztfrage an den Irrenanstalten zur Sprache und auch da wurde von einem Redner mit Zustimmung des Landtags in Anregung gebracht, den Assistenzärzten, die dauernd bleiben wollen, wie in Norddeutschland, Aussicht auf baldige pensionsberechtigte Anstellung zu geben. Was antwortete darauf die Regierung? Nach demselbem Zeitungsbericht erklärte der Minister: „Die Assistenzärzte tun gut daran, nicht zu lange zu bleiben, da die höheren Stellen an den Anstalten sehr wenig seien". Ob durch diese Erklärung die Assistenzarztfrage gelöst, der Assistenzarztnot abgeholfen wird, erscheint auch mehr als fraglich. Immerhin wissen wenigstens jetzt die Assistenzärzte, woran sie sind und auf was sie zu hoffen haben.

Mitteilungen.

— Bericht über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** in Frankfurt a. M. und Gießen vom 26. bis 28. April 1907. (Fortsetzung.)

Diskussion zum Referate Siemens.

Herr Vocke-Eglfing: Die Oberärzte müssen höheres Gehalt und höhere Verantwortlichkeit haben. V. ist gegen die Bezeichnung eines überzähligen Assistenzarztes, dagegen hält er es für erforderlich, daß unter Umständen das Verhältnis der Aerzte von 1 : 100 Kranken zu Gunsten der Aerzte zu ändern sei, da Krankheitsfälle, Urlaube, Vakanzen in allen Anstalten für viele Monate das Fehlen eines Arztes bedeuten. So hatte Eglfing 1906 bei zehn Stellen ohne längere Stellenerledigung im ganzen 24 Monate Vakanzen (11½ durch Urlaub, 2 durch Krankheit, 3 durch Fortbildungskurse, 6 durch Stellenerledigung etc.). Den Anstaltsarzt habe man in Bayern erstrebt, da man dort die Oberärzte möglichst selbständig machen wolle und nicht alle älteren Aerzte selbständig machen könne.

Herr Cramer-Göttingen ist gegen das Institut der Abteilungsärzte und betont die Notwendigkeit der Beschaffung einer größeren Anzahl von Oberarztstellen.

Herr Neisser-Bunzlau: (siehe Seite 80 dieser Nummer.)

Herr Stoltenhoff-Kortau ist für die Schaffung von Abteilungsärzten, da es nicht angemessen sei, jüngere Aerzte gleich in Oberarztstellen aufrücken zu lassen.

Herr Fuchs-Emmendingen: Die Scheidung zwischen Assistenzärzten und etatsmäßigen Aerzten ist in Baden schon längere Zeit durchgeführt, aber zwei Umstände rauben dieser Einrichtung die werbende Kraft, erstens ist die Zahl der mit Zukunftssicherheit angestellten Aerzte beschränkt und zweitens sind die Gehälter der etatsmäßig angestellten Aerzte zu gering. Die ärztliche Katastrophe, welche die Staatsanstalt Emmendingen betroffen hat (sämtliche Assistenzärzte = 50% des ärztlichen Bestandes kündigten den Dienst) kann auf diese Verhältnisse zurückgeführt werden, denn dem Antrag auf aktuelle Gehaltszulage wurde seitens des Ministeriums des Innern entsprochen, nicht jedoch dem Verlangen nach bestimmten Zusicherungen für die Zukunft, und das konnte das Ministerium nicht. Nötig ist eine durchgreifende Reform der ganzen Verhältnisse. Eine Erhöhung der Assistenzarztgehälter erhöht nur das Ungesunde des Zustandes.

Herr Simon-Warstein berichtet, daß sich in Westfalen die Einrichtung der Abteilungsärzte bewährt hat, allerdings wäre ein höheres Einkommen, als jetzt in den meisten Verwaltungsbezirken besteht, erwünscht.

Herr Kräpelin-München beantragt eine Kommission zu wählen, für die Angelegenheiten der Anstellung etc., zur Wahrung der ärztlichen Standesinteressen.

Herr Knecht-Ückermünde regt den Austausch von Assistenzärzten mit den Assistenten der Universitäten an, und Abmachungen mit den Militärbehörden.

Herr Fabricius-Düren tritt dafür ein, die Anstaltsärzte den Beamten gleichzustellen, den Oberlehrern und Richtern.

Schlußwort: Herr Siemens erinnert daran, daß an den Gymnasien früher auch nur ältere Lehrer den Titel Oberlehrer hatten, während jetzt ohne weiteres alle definitiv angestellten höheren Lehrer Oberlehrer heißen, welche auch alle unter dem Direktor stehen. Deshalb möge man auch die Bedenken gegen den Oberarzttitel fallen lassen. Wie die Direktoren unserer psychiatrischen Anstalten mit ihren Oberärzten den Dienst verteilen, das könne man ihnen füglich überlassen.

Es wurde daraufhin folgender Beschluß gefaßt:

Die Versammlung stimmt einstimmig dem Bericht des Herrn Siemens zu und beauftragt den Vorstand, das Referat und die wesentlichen Ausführungen in der Diskussion den in Betracht kommenden Behörden mitzuteilen.

In die oben erwähnte Kommission wurden folgende Herren gewählt: als Vertreter des Vorstandes: Siemens-Lauenburg, als Spezialsachverständige Vocke-Eglfing, Cramer-Göttingen (Universitätsklinik), von Ehrenwall-Ahrweiler (Privatanstalt), Wachsmuth-Frankfurt a. M. (Oberarzt), Müller-Dösen (Abteilungsarzt), Schroeder-Alt-Scherbitz (Assistenzarzt).

L. Merzbacher-Tübingen: Über Morphologie und Biologie der „Körnchenzellen".

Unter dem Namen der Abräumzellen möchte der Vortragende alle diejenigen zelligen Elemente im Zentralnervensystem zu einer Gruppe zusammenfassen, denen die Aufgabe zukommt, geformte oder ungeformte Abbauprodukte des Zentralnervensystems aufzusuchen, sich einzuverleiben, zu verarbeiten und wieder abzugeben. — In diese Gruppe wären die Körnchenzellen der Autoren als ein besonderer Typus einzureihen. Gegen den bis jetzt üblichen Namen erheben sich allerlei Bedenken, die kurz aufgezählt werden. Erst die Berücksichtigung der Funktion der Zellen tritt dem wahren Wesen der hier in Betracht kommenden Zellen näher. — Die Abräumzellen haben als Zellen von eminent aktivem Charakter zu gelten. Die Kennzeichen, welche auf eine Aktivität hinweisen, werden aufgezählt. Gewisse morphologische Verhältnisse werden so auch in innige Beziehung gesetzt zur aktiven Tätigkeit der Zellen, so die Tendenz nach Rundung und die Maschenbildung. — Die Methoden zur Darstellung der Abräumzellen werden ebenfalls durch die Rücksicht auf die Funktion der Zellen gegeben und gelten vor allem der Darstellung der verschiedenen Abbauprodukte. Die stärkere oder schwächere Ausbildung der Gesamtsumme von Kennzeichen, die auf eine Aktivität hinweisen, können als Einteilungsprinzip bei dem ungemein reichen Formenreichtum herangezogen werden.

Die verschiedenen Formen der Abräumzellen, sowie die Genese derselben wird an der Hand einer Reihe von Lichtbildern demonstriert. Als Mutterzellen der Abräumzellen kommen die Blutgefäßwandzellen, Fibroblasten, Blutzellen und vor allem Gliazellen in Betracht. Aus letzteren rekrutieren sich besonders die bei sekundären Degenerationen auftretenden Abräumzellen, ebenso wie die Abräumzellen bei der Tabes, mult. Sklerose, amyotr. Lateralsklerose etc., während die mesodermalen Abräumzellen bei akuten Prozessen und Zerstörungen der Substanz, bei denen es zu reparatorischen Prozessen kommt, die größere Rolle spielen.

Eine besondere Besprechung finden die „Körnchenzellen" des embryonalen Gewebes. Die Frage nach einer Encephalitis neonatorum taucht wieder auf. Die Körnchenzellen bei Früchten und Neugeborenen können nicht als die Begleiterscheinung eines pathologischen Prozesses aufgefaßt werden; sie sind vielmehr als „Aufbauzellen" zu betrachten. Es scheinen so beim Aufbau dieselben Zellen wie beim Abbau in die Erscheinung zu treten. Da im Prinzipe die Funktion der Auf- und Abbauzellen die nämliche ist, so können auch die embryonalen Aufbauzellen unter dem Begriffe der Abräumzellen untergebracht werden. Um bei diesen embryonalen Abräumzellen Physiologisches vom Pathologischen zu trennen, muß einmal die örtliche Verteilung dieser Zellenelemente, ihr zeitliches Auftreten und schließlich die Menge und Natur der in ihnen vorhandenen Stoffe berücksichtigt werden. — Die Frage nach der chemischen Natur der in Form von Körnchen sich abscheidenden Körper bedarf noch genauerer Untersuchungen. Die Gliazellen spielen auch hier wieder als embryonale Abräumzellen eine wesentliche Rolle. Zur Untersuchung standen eine Reihe menschlicher Foeten und Embryonen von Ratten, Mäusen, Kälbern, Schafen, Hühnchen zur Verfügung. — Einige farbige Tafeln, welche der Darstellung der embryonalen Abräumzellen dienten, wurden mit Hilfe des Epidiaskops demonstriert.

Die Arbeit wird demnächst in extenso als Beitrag in den von Alzheimer und Nissl herausgegebenen „Histopathologische Studien der Großhirnrinde" erscheinen. (Autoreferat.)

— Internationaler Kongreß für Irrenpflege in Wien 1908. Im Herbst des Jahres 1908, und zwar in der Zeit vom 7. bis 11. Oktober wird in Wien der dritte internationale Kongreß für Irrenpflege stattfinden. Das vorbereitende Komitee für diesen Kongreß hat sich bereits konstituiert und am 14. Mai nachmittags in der niederösterreichischen Irrenanstalt eine Sitzung abgehalten. Erschienen waren Hofrat Prof. Dr. Obersteiner, der den Vorsitz übernahm, Statthaltereirat Dr. Netolitzky, Landesoberinspektionsrat Gerenyi, Polizeichefarzt kais. Rat Dr. Merta, Oberbaurat Berger, Direktor Dr. Schlöß (Gugging), Direktor Dr. Starlinger (Mauer-Öhling), der interimistische Leiter der Landes-irrenanstalt Primararzt Dr. Berze, Stabsarzt Dr. Drastich, Dozent Dr. Pilcz, Landessanitätsrat Dr. Lorenz und Advokat Dr. Siegfried Türkel. Die Genannten traten in den geschäftlichen Ausschuß ein, der durch eine größere Anzahl von Psychiatern, Juristen, Technikern und Verwaltungsbeamten ver-

größert wird. Zum Präsidenten wurde Hofrat Prof. Dr. Obersteiner, zu Vizepräsidenten wurden Hofrat Prof. Dr. Wagner v. Jauregg und Direktor Dr. Heinrich Schlöß gewählt.

— Dem in Nr. 7 reproduzierten Plakat ist ein zweites gefolgt, das wir im nachstehenden naturgetreu wiedergeben, wobei wir die Bitte um nähere Auskunft erneuern.

Vorträge

Valerie Gyigyi

Die Schöpfungslüge als zu lösendes Problem.

Judentum. Buddhistentum. Christentum.
Institution. Destitution. Restitution.

Das entnervte Menschentum und die Frauenrache
oder
das mytologische — D — rachsucht.

Judenschlauheit (Kraft) Christendummheit
in
alter Schlauch Gährung neuer Schlauch.

Die zu erfechtenden sieben Siege durch das problematische — I —

Religion ohne vernünftig grundgesetzliches, wissenschaftlich nachzuweisendes System oder Methode ist eine falsche irreführende Weltanschauung, Erziehung, ein Glauben ohne Wissen oder der Ohne — Sinn!

Das Ei des Columbus
oder
das Mysterium der geistigen Wiedergeburt (siederischer Prozess).
Chemikalisation (der Monade).

Der Mensch als Zeit im Raum
oder
electro — magnetisch (anziehendes und abstoßendes) Objekt
dazwischen:
Kampf der Seele (Monade) um Dasein (Seismus).

Gedankenkraft als Gravitationsgesetz
gleich:
Telephon ohne Draht (Methode christl. Science).

Verneinung der Materie — moderner Humbug
aber
Verneinung der Begierden — Kunst!!!

Die Oriflamme als leuchtende Zukunft
Freimaurer Bausteine — fund — a — mentale Jerusalem.

Klassische Litteratur — moderne Gallenkrankheit.

Goethes Faust: Hund im Dreieck: bedarf des Ra — t — enzahnes Erlösung — Zeitfrage: (wer ist der gute Hirte, der mich meistert?) (Bibel).

Die mytologische Schlange (geistige Schlinge — I —) crystalisirt in dem mytologischen Einhorn. (Böcklin.)
Auf, er steht!!

Ein vollkommener Widerspruch bleibt gleich geheimnisvoll für Kluge wie für Tore. (Goethe.)

— **Zum Kapitel: Psychiatrische Aufgaben der Kreisärzte.** Wie dringend notwendig es ist, die Fürsorge für die nicht in Anstalten untergebrachten Geisteskranken, die Art ihrer Verpflegung und Behandlung kreisärztlich überwachen zu lassen, ergibt sich mit trauriger Deutlichkeit aus dem nachstehenden Inserat, das wir der Nummer 134 des „Breslauer Generalanzeigers“ vom 18. Mai, Seite 7, entnehmen:

„Hierdurch mache ich wiederholt darauf aufmerksam, meiner geisteskranken Tochter Else, welche sich aus der elterlichen Behausung entfernt hat und sich verborgen hält, weder Unterkunft zu gewähren noch Geld oder Waren zu verabfolgen, da ich für nichts mehr aufkomme. Ich warne namentlich Hoteliers, Gastwirte und Geschäftsleute.“

Unterschrift und Wohnungsangabe lassen wir wohl besser weg.

Fast unmittelbar vor diesem Inserat stehen in derselben Rubrik folgende:

„Kanarienvogel entflogen. Gegen Belohnung abzugeben. . . . .“

„Schwarzer Hund, weiße Brust, Marke 52, entlaufen. Abzugeben. . . . .“

Personalnachrichten.

— **Hamburg-Friedrichsberg.** Dem Direktor Dr. Reye und dem Oberarzt Dr. Neuberger ist vom Senat der Professortitel verliehen worden. — Assistenzarzt Dr. H. J. J. Körtke ist zum Oberarzt erwählt und am 4. Mai nach der Irrenanstalt Langenhorn bei Hamburg, Oberarzt Dr. E. L. Brückner von dort nach Friedrichsberg versetzt worden.

— **Wuhlgarten** bei Berlin. Dr. P. Leubuscher ist Anfang v. Mts. ausgeschieden.

— **Berlin.** Dem Direktor der neuen städtischen Irrenanstalt Buch, Sanitätsrat Dr. Richter wurde der Rote Adlerorden IV. Klasse verliehen.

— **Tübingen.** Am 22. Mai starb hier Sanitätsrat Dr. H. Wildermuth aus Stuttgart im Alter von 55 Jahren infolge einer Embolie der Art. mesent.

Orexinum tannicum (gerbsaures Phenyldihydrochinazolin), ein in Wasser unlösliches, gelbliches Pulver, wird von neuem zur Hebung der Appetitlosigkeit empfohlen von Dr. K. Unger, (Ueber Anorexie und deren Behandlung, Wien, klin. Rundschau 1906, Nr. 31, herausgegeben von Professor A. Obermayer und Privatdozent Dr. K. Kunn), und zwar sah er günstige Erfolge bei Anorexien im Kindesalter, bei hysterischer und neurasthenischer Appetitlosigkeit, bei beginnender Tuberkulose und bei Anämie. Orexin steigert die Salzsäuresekretion. Man verordnet 1—2mal täglich 0,3—0,5 g pro dosi, ein bis zwei Stunden vor der Mahlzeit in Oblaten zu nehmen; Kinder nehmen Orexin in der Form von Schokoladetabletten à 0,25 g.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 11. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Die **Prov.-Irrenanstalt Dziekanka bei Gnesen** sucht für alsbald einen **Assistenzarzt.**

Anfangsgehalt 2400 M. bei freier Station I. Klasse.

Nach fünfjähriger Dienstzeit der Regel nach Anstellung auf Lebenszeit als Anstaltsarzt mit einem Gehalt von 3300 bis 5300 M. neben Dienstwohnung oder dem tarifmässigen Wohnungsgeldzuschuss und Pensionsberechtigung.

Bewerbungsgesuche mit Lebenslauf, ärztlicher Approbation und etwaigen Zeugnissen im Original oder in beglaubigter Abschrift werden an die Anstaltsdirektion erbeten.

Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt **Kortau** bei **Allenstein** sucht eine

erste Oberpflegerin

Spezial-Ausbildung erforderlich.

Gehalt 900—1350 M. bei freier Station, Wäsche etc.

Geeignete Bewerberinnen mit allgemeiner Bildung bis zum Alter von 35 Jahren wollen ihre Meldung mit Lebenslauf, Zeugnissen und Photographie einreichen an den **Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Kortau bei Allenstein** (Ostpr.)

Verlagsbuchhandlung Carl Marhold in Halle a. S.

Die Simulation von Geistesstörung und Epilepsie.

Von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler.**

Preis 6 Mk.

Haematogen Hommel

völlig alkohol- u. ätherfrei

(gereinigtes concentr. Haemoglobin [DRP. Nr. 81391] 80^{0} chem. reines Glycerin incl. Geschmackscorrigens 20^{0}).

Warnung!

☛ Wir warnen vor Nachahmungen und bitten stets **Haematogen Hommel** zu ordiniren „Haematogen Hommel" wird zur sichern Abtötung etwaiger Bacterien während 24 Stunden der höchst zulässigen Temperatur (ca. 55° C) ausgesetzt, ist daher absolut tuberkelbazillenfrei, völlig entgast und frei von Hippursäure, und flüchtigen Fettsäure, während die auf kaltem Wege mittelst Aetherfällung dargestellten Nachahmungen nur gewöhnliche Mischungen repräsentiren, sie bieten keine Sicherheit der Keimfreiheit und bleiben mit den Gasen und Excetionsstoffen des Blutes belastet.

Neuronal

(Bromdiaethylacetamid D. R.-P.)

Bewährtes, unschädliches **Hypnoticum** in Gaben von 0,5—1,0—2,0 g.
Ausgezeichnetes **Sedativum** und Ersatz der Bromsalze in Gaben von 1—2—3 g. pro die
Antiepilepticum 3 mal täglich 0,5 g.
Analgeticum bei epileptischem Kopfweh 0,5 g.
Neuronal-Tabletten zu 0,5 g.

Neurofebrin **(Neuronal-Antifebrin āā).** Hervorragende Erfolge bei nervösem Kopfschmerz, Migräne und den Unruhezuständen der Frauen zur Zeit der Menses.
Neurofebrin-Tabletten zu 0,5 g 937

Orexin	Jodol	Hetol
echtes Stomachicum **Orexin-Tabletten** und **Orexin-Chocol.-Tabletten.**	Bester Jodoform-Ersatz **Menthol-Jodol.**	**Hetol-Injektionen.**

Litteratur durch: **Kalle & Co. A.-G., Biebrich a. Rh.**

An der **Königlich Sächsischen Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke zu Hubertusburg bei Wermsdorf** ist die Stelle eines

Assistenzarztes

am 1. Juli 1907 zu besetzen. Jahresgehalt 2400 M. ohne Nebenbezüge. Dauernde Anstellung im Staatsdienste bald erreichbar. Psychiatrische Vorbildung wird nicht erfordert. Bewerbungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die **Direktion der Anstalt** einzusenden.

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522

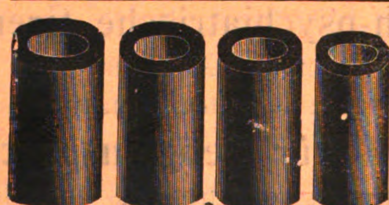
Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Dr. med. Lots Kuranstalt
f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. A.
Spez.-Behandl. bei Kongestion. Kopfschmerz. Neuralgien.
Friedrichroda i. Thür.

Im Ctr. des vornehmsten W. Vorortes von Berlin, ist ein mit der **Konzession zum Betriebe einer Irrenanstalt** versehenes Grundstück (geeignetes Anstaltsgebäude mit grösserem Park) **baldmöglichst** unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre: **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.



Mk. 1,90 1,45 1,25 1,15

pro Meter.

Durit- Drainage, Irrigator- und Gasschlauch, neben seiner bedeutenden Festigkeit und Haltbarkeit bietet er den grossen Vorteil, dass die Desinfizierung und Sterilisierung seine Elastizität und Weichheit nicht vermindert. (784 b)

Rudolf Détert, Berlin NW., Karlstr. 9.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 11. 8. Juni **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zur Debatte über das Referat:

Der ärztliche Nachwuchs für psychiatrische Anstalten

auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Frankfurt.

Von Dr. *F. Chotzen*, Breslau.

Unter den Vorschlägen des Ref. Siemens zur Besserstellung der Anstaltsärzte, behufs Gewinnung eines genügenden ärztlichen Nachwuchses, war der Kernpunkt der, daß nach dreijähriger Assistentenzeit und Bewährung die Ärzte fest angestellt werden, alle den Titel Oberarzt erhalten und gleichmäßig mit dem Dienstalter steigend in die maximale Gehaltsstufe der Oberärzte (6500 M. und Nebenbezüge) aufrücken sollten. Gegen diese Gleichstellung aller fest angestellten Ärzte erhob sich in der Debatte Widerspruch, es traten mehrere Stimmen für die Beibehaltung der jetzigen Zwischenstufe des „Anstaltsarztes“ ein. Hierbei wurden aber die zwei Seiten des Vorschlages, die rein materielle und die Frage der Titulatur, die eine organisatorische und ideelle zugleich ist, nicht getrennt; sie sind jedoch m. E. wohl auseinanderzuhalten und müssen eine ganz verschiedene Beurteilung erfahren. Heute sind die Anstaltsärzte in den Bezügen noch schlechter gestellt und nur ein Teil von ihnen kann als Oberarzt in die höchst bezahlten Stellen aufrücken. Dem gegenüber ist der oben erwähnte, vom Verein auch angenommene Vorschlag eine zweifellose Verbesserung. Denn die materielle Sicherstellung ist wohl die unbedingte Voraussetzung für eine ausreichende Meldung von Bewerbern; es muß jeder die Gewißheit haben, nach fester Anstellung auch sicher ein wirklich auskömmliches Gehalt zu erreichen, was bei der Abstufung und der beschränkten Zahl der Oberärzte jetzt doch nur bei einem Teil der Fall ist. Hier wird also von der Durchführung des Beschlusses eine erfreuliche Wirkung zu erwarten sein.

Es schien auch, als ob die Opponenten, obwohl es nicht ausdrücklich erwähnt wurde, nur die andere Seite der Frage, die der Titulatur, und zwar hauptsächlich aus organisatorischen Rücksichten, im Auge hatten.

Es waren Anstaltsdirektoren, welche sich in diesem Sinne aussprachen, während aus den Reihen der angestellten Ärzte leider überhaupt niemand das Wort nahm; indes der Beifall, der die Ausführungen des Ref. begleitete, läßt darauf schließen, daß er die Meinung dieser Kreise zum Ausdruck gebracht hat.

Während jene die bewährten, auch umfassenderen und in gewisser Hinsicht vielleicht wertvolleren Dienste der älteren Ärzte erwähnten und dafür eine besondere Hervorhebung durch den Titel für richtig hielten, legte man auf der anderen Seite gerade auf die gleichmäßige Bezeichnung aller Ärzte als „Oberärzte“ Wert. Hierbei scheint es sich aber nicht um eine bloße Titelfrage zu handeln, sondern, wie aus den Begründungen Siemens’ hervorging, vielmehr um einen ideellen Gesichtspunkt, der sicher vollkommen berechtigt ist. Da aber diese Frage gleichzeitig eine organisatorische ist, die doch immer nach dem praktischen Bedürfnis sich regelt, so wird es sich fragen, ob dieser Gesichtspunkt sich mit den tatsächlichen Verhältnissen ebenso verträgt, wie der gegnerische; ja als eine überwiegend praktische wird diese Frage vielleicht unter verschiedenen Verhältnissen, also in verschiedenen Anstalten eine verschiedene Lösung finden können und müssen.

Es ist angeführt worden, daß der Titel Oberarzt der Ausdruck einer größeren Selbständigkeit sein soll, unter Hinweis auf die ähnlichen Verhältnisse bei den Oberlehrern. Aber dieser Vergleich ist doch nur für die Gehaltsverhältnisse, die bei den Oberlehrern in der hier für die Ärzte vorgeschlagenen Weise durchgeführt sind, anwendbar, sonst hinkt er m. E. auf

beiden Füßen. Schon was die Titulatur anlangt, so erhalten die älteren Oberlehrer zur Hälfte den Titel „Professor“, werden also vor den übrigen ausgezeichnet, obwohl ihr Dienst seinem Wesen und seiner Art nach von dem der jüngeren gar nicht verschieden ist. An Selbständigkeit aber kann sich doch die Tätigkeit des Lehrers mit der des Arztes gar nicht messen. Dort geschieht alles nach einem festen vorausbestimmten Plan und alle Angelegenheiten der Schüler werden stets durch ein Kollegium entschieden.

Dagegen hat der Arzt dem einzelnen Kranken gegenüber eine ganz persönliche Tätigkeit, die er für jeden Fall seinem Wissen und seiner Erfahrung nach ganz nach eigenem freien Ermessen einrichten und variieren kann, und worin er nur durch seine ärztliche Verantwortlichkeit beschränkt ist. Eben weil dem so ist, besteht in großen Anstalten das Bedürfnis, zwischen den einzelnen Ärzten und der Oberleitung eine Kommunikation herzustellen, welche dieser eine gewisse Kontrolle ermöglicht. Diese soll natürlich nicht eine einengende beständige Bevormundung sein. Im Gegenteil, Ärzten von einer gewissen Erfahrung und Ausbildung muß die Möglichkeit zu selbständiger Initiative geboten sein, auf ihren Stationen unter eigener Verantwortung auch wohl eigene Ideen zur Durchführung zu bringen. Eine Beschränkung in dieser Beziehung liegt nicht im Interesse des Ganzen, da sie dem einzelnen alle Arbeitsfreudigkeit und Tatkraft nimmt. Wenn sich also das Verlangen nach Selbständigkeit gegen eine etwaige unnötige Bevormundung richtet, so müssen dem wohl alle Verständigen beistimmen; nur hat eine solche meiner Meinung nach mit einem Titel gar nichts zu tun, und liegt nicht in einer bestimmten Organisation, sondern nur in der Art ihrer Handhabung. Jede Anstaltsverfassung ermöglicht sicher eine weitgehende Selbständigkeit, andererseits schützt der Titel Oberarzt wohl kaum gegen Neigung zur Einschränkung und Bevormundung. Keineswegs aber braucht die Stellung besonderer Oberärzte eine solche zu begünstigen, und schließlich erfordern doch eben große Anstalten Hilfskräfte für die ganze Verwaltung.

Die Selbständigkeit der Ärzte findet ihre naturgemäße Begrenzung in der Notwendigkeit einer einheitlichen Leitung. Nicht nur die gemeinsamen wirtschaftlichen Angelegenheiten verlangen eine Übereinstimmung, auch der ganze Geist und Zuschnitt des ärztlichen Betriebes können nicht auf jeder Station anders sein und mit jedem neuen Arzt wechseln. Bei Versetzungen von Ärzten aus einer Anstalt in die andere könnte das doch zu unliebsamen Gegensätzen führen, deren Duldung man keinem Anstaltsleiter zumuten kann, wenn sie dem Gesamtinteresse nicht förderlich sind.

Die Übereinstimmung kommt natürlich bei längerem Zusammenarbeiten von selbst und es genügt bei erfahreneren Ärzten, und das sind ja die festangestellten, auch dazu gewiß, wenn der Direktor, wie das gefordert wurde, nur Konsiliarius der einzelnen Ärzte ist. Aber auch dazu gehört Bekanntschaft mit den Kranken und Zeit. Nun gibt es aber auch jüngere Ärzte, welche erst herangebildet, angeleitet und auf ihre Eignung begutachtet werden sollen, welche ihrerseits von der Erfahrung und der größeren Geschicklichkeit in der Behandlung und im Umgang mit schwierigeren Fällen von einem älteren Arzt profitieren wollen. Hier ist also eine intensivere Beschäftigung mit dem jungen Arzt und seiner Krankenstation nötig. Daneben sind alle Verwaltungsgeschäfte zu erledigen. Dazu sind aber mehrere Personen nötig, denn die Tatsache ist doch nun einmal nicht aus der Welt zu schaffen, daß bei der Größe der jetzt üblichen Anstalten dieses ganze Arbeitsgebiet die Leistungsfähigkeit eines einzelnen übersteigt. Es müssen ältere Ärzte den Direktor unterstützen, und das kann auch nicht anders sein, wenn, wie nach den neuen Anstellungsbedingungen ja zu erwarten ist, bald alle Ärzte der Anstalt fest angestellt, also nur Oberärzte vorhanden sein werden. Der Titel verliert dann eigentlich sehr an Bedeutung und behält Wert nur mehr nach außen hin, wozu doch bei Ärzten kein großes Bedürfnis besteht, da sie in dem „Dr.“ einen im Publikum wohl akkreditierten Titel besitzen.

Könnten denn nun alle diese Oberärzte innerhalb des Anstaltsgetriebes wirklich ganz gleichgestellt sein? Doch höchstens dort, wo die gesamten Direktionsarbeiten noch von einem bewältigt werden können, also nur in den heute doch sehr seltenen kleinen Anstalten. Auch in den großen muß aber sowohl die Verwaltungstätigkeit, als auch die gesamte ärztliche Oberleitung — und dazu gehört auch eine gewisse Kenntnis aller Kranken — zentralisiert sein, d. h. bei möglichst wenigen, dem Wechsel weniger unterworfenen, also älteren Ärzten liegen. Ich kann mir z. B. nicht denken, wie der Geschäftsgang ohne Schwierigkeiten und Weitläufigkeiten geregelt werden kann, wenn der Arzt einer Station von 150 Kranken wegversetzt wird und kein zweiter diese Kranken einigermaßen kennt.

Also ebenso wie für die Verwaltungs-, so auch für die ärztliche Tätigkeit, ist in den großen oder in

Anstalten mit großer Krankenbewegung eine verständige Arbeitsteilung nötig, wenn nicht die eine oder die andere, oder beide Aufgaben gleichmäßig leiden sollen.

Sind junge Ärzte vorhanden, so ist die Folge einer ungenügenden Unterstützung oft ein Überwuchern untergeordneter Faktoren.

Eine ganze Reihe Angelegenheiten der inneren Verwaltung sind aber mehreren Stationen, meist einer Geschlechtsseite gemeinsam und werden am besten von je einem erledigt, wie z. B. die Personalangelegenheiten, die in gutgeleiteten Anstalten in einer Hand ruhen.

Sind also einerseits Gehilfen für die Beteiligung an den direktorialen Geschäften nötig, so ist es doch anderseits nur freudig zu begrüßen, wenn dabei zugleich gewisse Interessen und Neigungen der Ärzte innerhalb der Anstalt ihre Förderung finden. Das Kennzeichen einer guten Verwaltung ist es doch, daß sie die Leistungen und Fähigkeiten der einzelnen möglichst zum Vorteil des Ganzen ausnützt. Eine kluge Leitung wird also immer bestrebt sein, wo ein besonderes organisatorisches Talent oder eine Begabung zu wissenschaftlichen Leistungen und Anregungen hervortritt, sie möglichst dem Ganzen zu gute kommen zu lassen, und ihnen ein entsprechendes Arbeitsfeld einräumen.

Dem Bedürfnis und diesem Bestreben einer sorgsamen Verwaltung kommen auf der andern Seite die Wünsche und Neigungen der betreffenden Ärzte entgegen. Wie in dem Bestreben nach größerer Selbständigkeit der allgemeine Wunsch nach freier und ungehinderter Betätigung steckt, so werden doch auch und erst recht einzelne mit weitergehenderen Interessen und Zielen nach einem ihren Neigungen und Fähigkeiten angepaßten Arbeitsfelde verlangen. Das begrenzte Arbeitsgebiet einer einzelnen Station wird solchen auf die Dauer keine Befriedigung gewähren, sie werden ihre Leistungsfähigkeit in einer größeren und einflußreicheren Stellung zu heben und zur Geltung zu bringen suchen. Solange aber bei der Größe der Anstalten die Zahl der Direktorstellen so sehr beschränkt ist, werden sie diese Stellung innerhalb der großen Anstalten suchen müssen, und diese kann sie ihnen, wie gezeigt, ja auch geben. Sollte das nicht der Fall sein, so würden Elemente, welche die schlechtesten nicht sind und nur erwünscht sein können, aus den Anstalten höchstwahrscheinlich verschwinden. Eine Beschränkung der übrigen Ärzte braucht aber aus ihrer Stellung gar nicht zu resultieren; es ist doch nicht einzusehen, warum die konsiliarische Mitwirkung des Direktors nicht durch einen ständigen Vertreter ausgeübt werden sollte und warum sie da drückender oder lästiger sein sollte. Das sind immer nur Fragen der Persönlichkeit und nicht der Organisation.

Also sowohl das Bedürfnis einer geordneten Leitung als die Bestrebungen gerade der tatkräftigeren Ärzte führen dahin, daß immer eine Anzahl Ärzte Befugnisse haben werden, welche über den Rahmen einer Station hinausgehen, die also durch ihren Wirkungskreis und übertragene Funktionen im Rahmen des Ganzen eine von den übrigen verschiedene Stellung einnehmen werden. Diese Differenzierung wird, wenn sie in der Entwicklung der Sache notwendig begründet liegt, durch eine gleiche Titulierung nicht verhindert werden, sondern es wird im Gegenteil für diese besondere Klasse von Oberärzten, etwa die dirigierenden Oberärzte oder Abteilungsvorsteher, sich bald ein eigener Titel einstellen, umso eher noch wie bei den Oberlehrern, weil hier eine besondere Funktion auch eine entsprechende Bezeichnung verdient. Denn wenn auf die Titulatur überhaupt Wert gelegt wird, entspricht es nur der Gerechtigkeit, besondere und Mehrleistungen auch im Titel hervorzuheben.

Darum ist den Gründen der Herren, welche den „Oberarzt" für diese Stellen reserviert haben wollten, wohl beizustimmen.

Die Beibehaltung des „Anstaltsarztes" würde wohl auch einen genügenden Ersatz kaum hindern, wenn ihm erst nicht mehr der heute noch begründete unangenehme ökonomische Beigeschmack anhaftet. Sollte aber ein klingenderer Titel für die Entschließungen junger Ärzte doch mitbestimmend sein, so wird der Frankfurter Beschluß ja um so eher Erfolg haben.

Nur wird es eben bei der Gleichförmigkeit nicht lange bleiben, ein Unterschied in Stellung und Leistungen schafft von selbst eine unterscheidende Titulatur; vielleicht wird sich auch bei uns die in den österreichischen Anstalten eingeführte und auch bei uns in manchen städtischen Krankenhäusern angedeutete Stufenleiter, Assistenzarzt, Sekundärarzt, Primärarzt und Direktor einbürgern, welche die funktionelle Differenzierung gut zum Ausdruck bringt.

Sollte aber mit der gleichförmigen Titulatur mehr als eine soziale Gleichstellung beabsichtigt sein, soll sie wirklich einer Organisation die Wege ebnen, bei der gerade die leistungsfähigeren und strebsameren Elemente nicht auf ihre Rechnung kämen, dann wäre der Beschluß zu bedauern; denn wenn auch der

Nachwuchs ausreichend sein würde, so fragt es sich doch, ob ihm dann nicht gerade ganz schätzenswerte Bestandteile fernbleiben werden.

Vermutlich wird aber die Abänderung einer Organisation, welche zugleich aus dem wirklichen Bedürfnis der Anstalten herausgewachsen zu sein scheint, auch durch einstimmige Beschlüsse nicht gelingen.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VI.

Aus der Literatur des Jahres 1906 zusammengestellt

von Professor Dr. *Ernst Schultze.*

(Fortsetzung.)

Ob aus der Polizenklausel, daß der Versicherungsnehmer bei Vermeidung des Verlustes seines Entschädigungsanspruchs sich den zur Beförderung seiner Heilung von der Unfallversicherungsgesellschaft getroffenen Anordnungen fügen müsse, bei deren Nichtbefolgung dem Verletzten die Einrede der Verwirkung seines Anspruchs entgegengehalten werden kann, richtet sich danach, ob die betreffende Anordnung nach den Umständen des Falles gerechtfertigt war und ob ihm deren Befolgung nach seinen persönlichen, Familien- und sonstigen Verhältnissen zugemutet werden konnte. (O. L. G. Colmar. 4. Novbr. 1905.) D. R. p. 257. Entsch. Nr. 548.

Die über die physische Unmöglichkeit der Erstattung der Unfallanzeige an die Gesellschaft gegebenen Ausnahmevorschriften der Versicherungsbedingungen müssen entsprechende Anwendung finden, wenn es dem Verletzten unmöglich ist, zu erkennen, daß ein Ereignis überhaupt nachteilige Folgen für ihn haben werde oder daß die aufgetretenen Gesundheitsstörungen im Zusammenhang mit dem Ereignis stehen können. (R. G. VII. 23. Januar 1906.)

D. R. p. 572. Entsch. Nr. 1384.

Der Versicherte verletzt seine Anzeigepflicht nicht, wenn er sich darauf verläßt, daß sein Arzt, der von der Gesellschaft über seinen Gesundheitszustand befragt ist, hierüber richtige und erschöpfende Angaben gemacht habe. (R. G. VII. 11. Juli 1905.)

D. R. p. 1275. Nr. 3168.

Ein infolge unterlassener Einholung genügender tatsächlicher Unterlagen abgegebenes sachwidriges Gutachten einer ärztlichen Sachverständigenkommission ist nicht als maßgebend anzusehen, selbst wenn es nach dem mit der Privat-Unfallversicherungsgesellschaft abgeschlossenen Versicherungsvertrage für beide Teile rechtskräftig bindend sein soll. (R. G. VII. 17. November 1905.)

Ztschr. f. Med.-Beamte. Beilage 4, p. 25.

VII. Haftpflichtgesetz.

7. Juni 1871.

Der Beklagte hat dem Kläger den Schaden zu ersetzen, der ihm in Zukunft aus der erlittenen Verletzung entstehen wird. — Wegen dieser (im vorliegenden Fall) keineswegs fernliegenden Möglichkeit ist auch der Einwand des Beklagten abzuweisen, daß es an den gesetzlichen Voraussetzungen für die vom Kläger (hilfsweise) erhobene Feststellungsklage fehle. Die Verpflichtung des Beklagten zum Schadenersatz folgt aus der nachgewiesenen Verletzung, und das Interesse des Klägers an der Feststellung des damit begründeten Rechtsverhältnisses vor dem Eintritt eines zur Leistung verpflichtenden Schadens wird durch die Möglichkeit gegeben, daß solcher Schaden zukünftig eintreten k a n n. Tritt aus dem einen oder andern Grunde eine weitere Beeinträchtigung der Sehkraft ein, so erleidet der Kläger einen Erwerbsverlust und kann diesen insoweit erstattet verlangen, als er ohne den Unfall nicht eingetreten sein würde. (R. G. VI. C. S. 4. Dezember 1905.)

J. W p. 92.

VIII. Beamtenunfallfürsorgegesetz.

2. Juni 1902.

§ 1, Abs. 6.

Demgemäß konnte nach dem Reichsgesetze darüber kein Zweifel bestehen, daß das Gesetz unter den Kosten des Heilverfahrens auch solche außerordentliche Aufwendungen mitverstanden wissen wollte, wie gerade die Kosten einer Badereise. Das gleiche mußte aber nach dem engen äußeren und inneren Zusammenhange, der, wie das Berufungsurteil bereits zutreffend dargelegt hat, zwischen dem Reichsbeamtenfürsorgegesetze und dem entsprechenden preußischen Gesetze bestand, auch für das Anwendungsgebiet des letzteren Gesetzes gelten. (R. G. 18. Sept. 1906.) J. W. p. 696.

IX. Krankenversicherungsgesetz.

§ 1, Nr. 2.

Nach § 1, Nr. 2 K. V. G. sind gegen Krankheit zu versichern: „Personen, die im Handelsgewerbe, Handwerk und in sonstigen stehenden Gewerbe-Betrieben gegen Gehalt oder Lohn beschäftigt sind". Unter Gewerbe hat man jede zum Zwecke des Erwerbes als unmittelbare Einnahmequelle betriebene dauernde Tätigkeit zu verstehen mit Ausnahme der rein künstlerischen und rein wissenschaftlichen Berufe. Es fragt sich hiernach, ob die vom Kläger betriebene Privatklinik als ein stehendes Gewerbe im Sinne des K. V. G. anzusehen ist.

Diese Frage war zu bejahen.

Für die Entscheidung ist es nicht von Erheblichkeit, ob die Ausübung der Heilkunde Gegenstand eines Gewerbes bildet. Die Anstalt bildet an sich, sobald sie dauernden Erwerbszwecken dient, einen selbständigen Gewerbebetrieb, in welchem die ärztliche Hilfeleistung neben der Verpflegung und Wartung einen Teil des Unternehmens darstellt. Die Person des Inhabers ist mithin nicht von entscheidender Bedeutung. Aus dem Sinne, Zweck und der Tendenz des K. V. G. folgt, daß, wenn die Privatklinik objektiv als Gewerbebetrieb anzusehen ist, sie diesen Charakter nicht dadurch verlieren kann und auch nicht verliert, daß der Arzt selbst ihr Unternehmer ist, d. h. sie in seinem Namen und für seine Rechnung betreibt. Andernfalls würden die in der Klinik des Arztes angestellten Personen der Wohltat des Gesetzes verlustig gehen, was sicherlich nicht mit der Tendenz des Gesetzes vereinbar ist.

Nach dem Ergebnisse der Beweisaufnahme und den eigenen Angaben des Klägers ist erwiesen, daß die von ihm betriebene Klinik Erwerbszwecken dient, wenn auch bedürftige Kranke hin und wieder unentgeltliche Aufnahme gefunden haben. Die Preise in der Klinik des Klägers sind die üblichen, welche auch in solchen, welche von Nichtärzten unterhalten werden, gezahlt zu werden pflegen. Mag auch die von einem Arzte gehaltene Klinik für diesen häufig keine besondere Einnahmequelle bilden, so spricht dies nicht gegen eine Gewinnabsicht. Ist eine solche vorhanden, so muß in der solchergestalt betriebenen Klinik ein stehendes Gewerbe im Sinne des K. V. G. gefunden werden. Denn zum Begriffe des „Gewerbes" gehört nicht die tatsächliche Einnahme; entscheidend ist vielmehr der Zweck, der auf Erwerb gerichtet ist. Diese Absicht ist bei dem Kläger um so mehr zu bejahen, als er auch Patienten des Dr. N. N. in seine Klinik aufgenommen hat. Denn diese Aufnahme, mag sie im großen oder kleineren Maßstabe stattgefunden haben, ist erfolgt, um den Betrieb der Klinik finanziell besser und einträglicher zu gestalten.

Demgemäß sind die in der Klinik des Klägers beschäftigten Personen versicherungspflichtig, wenn ihr Einkommen aus dem Arbeitsverdienst bei Zugrundelegung der in § 1, Nr. 5 K. V. G. vorgeschriebenen Berechnung nach dem Durchschnittswerte der Naturalbezüge jährlich 2000 Mark nicht übersteigt. (L. G. Königsberg i. P. 23. Jan. 1906.)

Ztschr. f. Med.-Beamte.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— Bericht über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** in Frankfurt a. M. und Gießen vom 26. bis 28. April 1907. (Fortsetzung.)

Liepmann-Berlin: Über die Rolle des Balkens beim Handeln und das Verhältnis der aphasischen und apraktischen Störungen zur Intelligenz.

L. hatte auf der Naturforscher-Versammlung in Meran auf Grund umfangreicher klinischer Untersuchungen folgende Sätze aufgestellt:

1. Die linke Hemisphäre ist bei der Mehrzahl der Menschen in erheblichem Maße führend bei den Zweckbewegungen, ganz besonders den aus dem Gedächtnis auszuführenden.

2. Der Balken vermittelt diesen Einfluß der linken auf die rechte Hemisphäre.

3. Störungen des Handelns der linken Hand können daher durch Unterbrechung von Balkenfasern bedingt sein. Eine Unterbrechung des Balkenkörpers selbst muß daher die linke Hand führerlos machen, d. h. Dyspraxie derselben bedingen.

L. kann nun heute an der Hand eigener und fremder Fälle die anatomische Bestätigung dieser Lehre bringen (Fälle von Liepmann und Maaß, von van Vleuten und von Hartmann). Die Serienschnitte zweier dieser Gehirne, in denen der Balken zu über zwei Dritteln zerstört ist, beide Hemisphären bis auf geringe Mitbeteiligung des medialen Stirnmarkes intakt sind, und die im Leben eine Dyspraxie der linken Hand gezeigt haben, werden demonstriert. Während die Tierphysiologie sowohl wie die menschliche Pathologie bisher uns vollkommen über die Folgen der Balkenzerstörung im unklaren gelassen hatte, ist also jetzt ein Ausfallssymptom der

Balkenläsion erkannt und bewiesen. Ein wie großer Teil des Balkens zerstört sein muß, um erhebliche Dyspraxie der linken Hand zu machen, steht noch dahin. Bei den ausgesprochenen Linkshändern und der nicht geringen Zahl ursprünglicher Linkshänder, welche durch Erziehung zu Rechtshändern geworden, in Wirklichkeit aber Zwie-Rechtser sind, müssen die betr. Störungen fehlen. Bei der Mehrzahl der Menschen aber wird das Symptom einer ausgedehnten Balkendurchtrennung eine Dyspraxie der linken Hand sein, die allerdings nicht immer in die Augen springend, aber durch geeignete Untersuchungen aufzudecken sein wird.

L. bespricht die verschiedenen Störungstypen, die bei verschiedenen Lagen der Läsionen zu tage treten werden, und weist darauf hin, wie wichtig diese Fälle mit Balkendurchtrennung für die Frage der Beziehung von Apraxie und Intelligenz sind.

Hier sind nicht die kortikalen Prozesse, welche dem Entwurf der Handlung, auch nicht die kortikalen Residuen, welche dem Gedächtnisbesitz für Bewegungen entsprechen, beeinträchtigt, sondern nur ihr Abfluß gewissermaßen in das Bewegungszentrum der linken Hand. Bezüglich des Verhältnisses von Apraxie und Aphasie zur Intelligenz führt L. gegenüber der Anschauung P. Maries, daß diese Störungen abgesehen von der Anarthrie in der Hauptsache auf Intelligenzschwäche zurückzuführen seien, folgendes aus: Bei Herderkrankungen kommt dreierlei in Betracht, 1. eine das ganze Gehirn gleichmäßig betreffende Ernährungsstörung (Arteriosklerose etc.) kann die Gesamtheit der geistigen Leistungen proportional ihrer Schwierigkeit schädigen; daß derartige allgemeine Störungen des Vorstellungsverlaufes zu apraktischen Symptomen, den sog. ideatorischen Formen führen können, haben Pick und L. ausführlich gezeigt. Eine Reihe der bisher in der ideatorischen Gruppe der Apraxie gerechneten Fälle scheint sogar auch lokalisierbar zu sein; 2. verletzt jeder Herd, außer den Strukturen, nach deren Ausfallssymptomen a potiori der Fall benannt wird, andere Strukturen. Es werden hierdurch und durch Abtrennung von Verbindungen andere Funktionen mitgeschädigt, daher die Isoliertheit einer Schädigung immer etwas relatives ist, und dieser Ausdruck vernünftigerweise nicht buchstäblich zu verstehen sei. Je kleiner der Herd einerseits ist, je mehr andererseits Veranlagung und Ausbildung die betr. Person zu einer kompensatorischen Ausnutzung des Erhaltenen befähigt, destomehr werden sich die Nebenstörungen der Null nähern; 3. bedingt die Apraxie und Aphasie selbst, je nach ihrer Art selbst einen erheblichen intellektuellen Ausfall. „Verlust von Erinnerungsbildern" und „Intelligenzeinbuße" sind eben kein Gegensatz. Bei der Abhängigkeit des Denkens von der inneren Sprache muß jede Schädigung der letzteren ersteres mitschwächen. Diejenigen Formen der Apraxie, welche mit einem für kurze Verständigung passabeln, für die wissenschaftliche Kennzeichnung „aber" sehr unzutreffenden Ausdrucke als Verlust des Begriffs der Bewegung bezeichnet werden, bedeuten selbst einen weiteren Intelligenzdefekt. In Wahrheit sind ganz selten die betr. Begriffe verloren, sondern Ausfall von Partialkomponenten derselben oder Konnextrennungen zerfetzen sie gewissermaßen und vermindern ihre Brauchbarkeit im Denkprozeß.

So haben wir also bei vielen großen Herdkranken durch die Wirksamkeit der unter 2. und 3. genannten Faktoren allein einen Intelligenzdefekt; die Intelligenzstörung ist dann nicht Ursache, sondern Folge. Soweit der Gesichtspunkt 1 in Frage kommt, ist es umgekehrt. Daß bei Aphasischen so häufig das Rechnen sehr schlecht ist, läßt sich aus den unter 2. und 3. gegebenen Gesichtspunkten vollkommen verstehen.

Unter Umständen wird die Rechenunfähigkeit nur durch die fehlende Ausdrucksfähigkeit vorgetäuscht.

Schließlich sehen wir in den heute demonstrierten Fällen Apraxieformen, die mit Intelligenzeinbuße gar nichts zu tun haben. Kurz, es ist nicht möglich, das fundamentale Problem der Beziehung von Aphasie und Apraxie zur Intelligenzstörung durch eine glatte Auflösung der ersteren in die letztere zu lösen.

Das bisher über den Balken gesagte betrifft die Apraxie der linken Hand. Auf die Lokalisationen der Apraxien beider Hände, oder nur der rechten, kann heute nicht eingegangen werden; nur soviel sei gesagt, daß die Eupraxie an die Kooperation vieler Rindenbezirke mit dem linkshirnigen Sensomotorium geknüpft ist. Diese Kooperation kann an verschiedenen Stellen unterbrochen werden und zu dyspraktischen Störungen führen. Es ist ein Irrtum, wenn mir von verschiedenen Seiten eine Art Praxiezentrum im gyrus supramarginalis untergeschoben wird. Das Mark des gyr. supramargin. ist von mir immer nur als eine Stelle bezeichnet worden, deren Läsion aus Gründen der Anatomie und Übungsverhältnisse in besonderem Grade die Eupraxie schädigt. Die Apraxie des Regierungsrates habe ich nicht auf den Herd im gyr. supramarg. allein, sondern auf die fast allseitige Isolierung des Armzentrums zurückgeführt. Also nur die überwiegende Bedeutung, welche dem linkshirnigen Sensomotorium in erster, den übrigen linkshirnigen Sinnesgebieten in zweiter Linie zukommt, bewirken es, daß es innerhalb des großen, zur Praxie zusammenarbeitenden Apparates besonders empfindliche Stellen quoad Praxie gibt, die den Schein von Praxiezentren erwecken.

Liepmann-Berlin (Schlußbemerkung zur Diskussion): Ausnahmen von der Regel werden durch individuelle Differenzen in der Selbständigkeit der rechten Hemisphäre bedingt sein. Die Stärke der Erscheinungen kann natürlich auch von Ausdehnung und Lage der Herde abhängen. Unerfahrene können Folgen von Agnosie, Ataxie u. a. fälschlich als Apraxie deuten. Bezüglich des Rechnens mache wohl der Bildungsgrad des Kranken einen großen Unterschied: jemand, dessen Maximalleistung in gesunden Tagen das Einmaleins war, wird bei gleicher Schädigung augenfälligere Störungen zeigen als ein firmer Rechner.

Störungen, in denen Agnosie und Apraxie zusammenflossen, hatte L. an verschiedenen Stellen besprochen; auch den sekundär beirrenden Einfluß, den verkehrte Manipulationen momentan auf die Auffassung üben können. Daß in der Erziehung vielfach die Übung der linken Hand behindert werde, halte auch er für einen Fehler.

Tuczek-Marburg: Bericht über die Tätigkeit der Kommission für Idiotenforschung und Idiotenfürsorge.

Am 3. August 1906 hatte die Kommission, bestehend aus Alt, Anton, Kluge, Möller, Tuczek und Weygandt, in Uchtspringe eine Sitzung abgehalten und war dabei zu folgenden Beschlüssen gelangt:

Die vom Deutschen Verein für Psychiatrie eingesetzte Kommission steht auf dem vom Verein vertretenen Standpunkt, daß im Sinne des Gesetzes vom 11. Juli 1891 geeignete Anstalten für Schwachsinnige und Epileptiker nur ärztlich geleitete Anstalten sind. Die Kommission wird neben der Schwachsinnigenforschung und -fürsorge auch die angemessene Mitwirkung der psychiatrischen Ärzte beim Hilfsschul- und Fürsorgeerziehungswesen zum Gegenstande ihrer Tätigkeit machen. Sie stellt sich folgende Aufgaben:

1. regelmäßige Berichterstattung an den Verein über die wissenschaftliche Erforschung des jugendlichen Schwachsinns und der Epilepsie — Ätiologie, Symptomatologie, pathologische Anatomie, Therapie, Prophylaxe, anthropologische, forensische und administrative Beziehungen — und über das Anstaltswesen.

2. Aufklärungsdienst:

a) Verfolgung der Zeitschriften, Tagespresse, Verwaltungsberichte;

b) Teilnahme an Versammlungen und Konferenzen betr. Schwachsinnigenfürsorge, Hilfsschul- und Fürsorgeerziehungswesen;

c) Besichtigung von Anstalten;

d) Mitteilung einschlägiger privater Erfahrungen.

Die Kommission wird mindestens einmal jährlich, rechtzeitig vor Festsetzung des Zeitpunktes der nächsten Tagung des Vereins zusammentreten, um das gesammelte Material zu besprechen und die Themen und Referenten für die nächste Tagung des Vereins festzusetzen.

Die Kommission beantragt, daß Ärzte, welche sich um eine Stellung an einer nicht ärztlich geleiteten Anstalt für Schwachsinnige und Epileptische bewerben, vor Abschluß des Anstellungsvertrags mit der Kommission sich in Verbindung setzen. Die Versammlung nahm den Antrag an.

Kluge-Potsdam: Die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung.

Der Vortr. kam zu folgenden Leitsätzen:

1. Unter den Fürsorgezöglingen befinden sich 45 bis 50 Prozent, die infolge von Entwicklungshemmungen, sowie durch Entbehrungen, Krankheiten usw. in ihrer Verstandestätigkeit beeinträchtigt sind.

2. Diese defekten und abnormen Fürsorgezöglinge sind möglichst frühzeitig zu ermitteln und in allen zweifelhaften Fällen einer gründlichen psychiatrischen Beobachtung zu unterwerfen.

3. Die Mitwirkung des psychiatrisch durchgebildeten Arztes ist notwendig.

4. Zur Durchführung einer spezielleren Behandlung empfiehlt sich eine Sonderung a) dem Alter nach, in kindliche und halberwachsene, bei welch letzteren man in noch stärkerem Maße die männlichen von den weiblichen trennen muß; b) dem Grade der Defekte und Abnormitäten nach; c) dem Grade der Lenkbarkeit und Erziehbarkeit nach.

5. Demgemäß sind die Fälle schwereren Schwachsinns usw. den ärztlich geleiteten Idioten- und Irrenanstalten zuzuweisen.

6. a) Die leichteren Grade von Schwachsinn, als psychopathisch-minderwertig bezeichneten Degenerierten sind in den pädagogisch geleiteten Erziehungsanstalten zu belassen, jedoch von den gesunden und normalen Zöglingen zu trennen. Diesen Anstalten ist ein psychiatrisch geschulter Arzt zuzuteilen; b) die leichtesten Fälle dieser Art können auch in Anstalten untergebracht werden, vorausgesetzt, daß deren Vorsteher und Leiter ein ausreichendes Verständnis für die Behandlung besitzt und daß für eine regelmäßige Beaufsichtigung durch einen fachärztlich gebildeten Arzt Sorge getragen ist.

7. Für solche defekten Fürsorgezöglinge, die durch ihre antisozialen und verbrecherischen Neigungen die erzieherische Tätigkeit an den Erziehungsanstalten als auch die nachgiebige Behandlung an den Krankenanstalten stören, sind besondere Anstalten einzurichten.

8. Ein Drittel der Zöglinge ist auf die Kranken- und Zwischenanstalten und ungefähr zwei Drittel auf die Erziehungsanstalten zu berechnen.

9. Alle diese Anstalten müssen sich die Aufgabe stellen, die Fürsorgezöglinge nach Möglichkeit wieder dem bürgerlichen Leben zuzuführen, am besten auf dem vermittelnden Wege der Familienpflege.

Um die Vorsteher und Leiter der Rettungshäuser, der Erziehungs- und Besserungsanstalten über das Wesen und die Behandlungsweise der defekten und abnormen Fürsorgezöglinge aufzuklären und auf dem Laufenden zu erhalten, erscheint es dringend erwünscht, in jeder Provinz eine Zentralstelle zu begründen und einem Psychiater zu übertragen, der den einzelnen Anstaltsvorständen mit Rat und Tat zur Hand geht.

11. Die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung setzt also ein schon bei der Einleitung des Ueberweisungsverfahrens, sie begleitet den defekten und abnormen Fürsorgezögling in allen Phasen seiner Erziehung und Behandlung, und sie darf ihn auch in vielen Fällen nicht aus dem Auge lassen nach Abschluß der Fürsorgeerziehung.

Weiler-München: Untersuchungen mit dem Arbeitsschreiber bei Unfallkranken.

Bisher wurde mehrfach versucht, die von den Unfallkranken immer betonte Steigerung der Ermüdbarkeit mittels der von Kräpelin ausgearbeiteten

Rechenmethode einer objektiven Messung zu unterziehen. Da jedoch die Untersuchungsresultate der einzelnen Forscher von einander abwichen, erschien es angezeigt, zur Klärung der Frage andere Untersuchungsmethoden mit zu verwenden. Der von dem Vortragenden konstruierte Arbeitsschreiber erschien geeignet. — Der Arbeitsschreiber, ein modifiziertes Ullmannsches Dynamometer, gestattet, 100 mit der Hand hintereinander ausgeübte Pressungen aufzuschreiben, ohne daß das Instrument aus der Hand gelegt zu werden braucht und ohne Verwendung von berußtem Papier. Die bei jeder Pressung geleistete Arbeit kann direkt in Kilogrammen abgelesen werden. — Mit diesem Apparat stellte Vortr. Versuche bei Gesunden, Unfallkranken, körperlich Kranken und Hysterischen in der Weise an, daß die Versuchspersonen je an 10 aufeinanderfolgenden Tagen um dieselbe Tageszeit mit dem Instrument arbeiteten und zwar so, daß an den ungeraden Tagen je 60 Pressungen im Rythmus von 2 Sek. ausgeführt wurden; an den andern Tagen wurde nach der 30sten Pressung eine Pause von 2 Min. eingeschaltet. Auf die Einzelheiten der so gewonnenen Arbeitskurven kann hier nicht eingegangen werden, nur sei das Gesamtresultat mitgeteilt.

Vortr. glaubt nach den gefundenen Werten, die von ihm untersuchten Unfallskranken (18) in zwei bezüglich ihrer Ermüdbarkeit wesentlich verschiedene Gruppen einteilen zu sollen. Die absolute Arbeitsleistung war bei allen Unfallkranken sehr viel geringer als bei den Gesunden. Während nun ein kleiner Teil (5) eine deutliche Steigerung der Ermüdbarkeit aufwies, — trotz geringer Arbeitsleistung war die Ermüdung groß und nach der Pause blieb ein großer Ermüdungsrest, größer wie bei den Gesunden zurück, — zeigten die anderen keine Steigerung der Ermüdbarkeit, vielmehr war der Ermüdungsfaktor bei diesen meist geringer wie bei den Gesunden, und anstatt daß nach der Pause, infolge der noch vorhandenen (bei Gesunden stets) Ermüdung, die Leistung geringer war, wie vorher, stieg sie an. Vortr. glaubt, als Ursache der Herabsetzung der Leistung bei der ersten Gruppe, den Ermüdbaren, eine organische Störung annehmen zu müssen, während die anderen in Folge von Willensstörungen weniger leisten als die Gesunden. In dieser Auffassung bestärkt ihn die Tatsache, daß die Untersuchungen bei körperlich Kranken (Rekonvalescenten) ähnliche Ergebnisse lieferten, wie die ermüdbaren Unfallkranken, während die bei der Gruppe zu Tage tretenden Erscheinungen auch bei den Hysterischen gefunden wurden. Auch mit Rücksicht auf die Vorgeschichte und das übrige klinische Verhalten der Kranken unterschieden sich die beiden Gruppen. Die Kranken mit gesteigerter Ermüdbarkeit hatten einerseits schwere, den Kopf treffende Traumen mit Hirnerschütterung durchgemacht und andererseits zur Zeit keine eindeutig hysterische Symptome, während die anderen durchgehends nur leichtere Verletzungen, vor allem nicht solche, die das Zentralnervensystem direkt zu schädigen vermochten, erlitten; bei diesen waren auch anderweitige psychogene (hysterische) Störungen nachweisbar.

(Fortsetzung folgt.)

— **Allgemeiner österreichischer Irrenärztetag.** In der Jahressitzung des Wiener psychiatrischen Vereines vom 14. Mai wurde beschlossen, daß der schon früher angezeigte österreichische Irrenärztetag am 4. und 5. Oktober 1907 in Wien stattfinden solle.

Es sind folgende Referate vorgesehen: I. Zum gegenwärtigen Stande der Pflegerfrage, Ref. Dr. Starlinger-Mauer-Oehling. II. Aerzteaustausch zwischen Kliniken und Anstalten, Ref. Hofrat v. Wagner-Wien. III. Zur Reform der psychiatrischen Kuratel, Ref. Dr. Schweighöfer-Salzburg und J. U. Dr. Siegfried Türkel-Wien.

Anmeldungen von Vorträgen werden bis Ende August erbeten an die Schriftführer des psychiatrischen Vereins: Priv.-Doz. Dr. A. Pilcz, Wien IX/2, Lazarethgasse 14, und Priv.-Doz. Dr. E. Raimann, Wien IX/3, Alserstrasse 4.

Personalnachrichten.

— Heilanstalt **Schussenried**, Württbg. Ausgetreten: Assistenzarzt Dr. Kleininger am 1. März, um als Assistenzarzt an der Irrenanstalt Schleswig einzutreten. Assistenzarzt Gröschel am 1. April, um als Hilfsarzt an der Irrenanstalt Hubertusburg einzutreten. Eingetreten: Als Assistenzarzt Dr. Stockmayer am 1. März, vorher Schiffsarzt der Hamburg-Amerika-Linie.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lubliniz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. **Nr. 12. 1907.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft in Stärke von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 12. 15. Juni **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Neurologie im Beginne des 19. Jahrhunderts.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Hildesheim.

Mag die heutige Neurologie auf ihre Leistungen noch so stolz sein, auf eine lange Vergangenheit vermag sie nicht zurückzublicken. Die Geschichte der Nervenheilkunde als Krankheitsdisziplin für sich braucht ihren Schülern kein allzugroßes Kopfzerbrechen zu verursachen. Ist doch in Haesers Geschichte der Medizin (3. Auflage, 1881, Jena) die Neurologie überhaupt noch nicht besonderer Erwähnung gewürdigt. Wenn der denkende Neurologe erwägt, daß seine Fachgenossen sich erst jetzt von den Schürzenbändern ihrer schon mehr angejahrten Tante, der Psychiatrie, losgerissen und eine nur der Pflege neurologischer Interessen gewidmete Gesellschaft gegründet haben, so wird er zwar stolz sagen können, daß er mit all seinen fürtrefflichen Leistungen nicht auf den Schultern vergangener Jahrhunderte steht. Aber er wird auch den nagenden Schmerz der Ritter vom jungen Buchadel verwinden müssen, die wegen ihrer glänzenden Verdienste geadelt worden sind, aber von den Trägern des alten Briefadels über die Achsel angesehen werden. In der letzten Zeit war die Neurologie mit der Psychiatrie durch die engsten verwandtschaftlichen Bande verknüpft. Vordem waren beide im großen Hause der inneren Medizin in bescheidenen Dachstübchen untergebracht und in noch weiter zurückliegenden Zeiten kurierte der praktische Arzt, der damals, Gott sei Dank, noch alles konnte, die verzwicktesten und ihm noch ziemlich rätselhaften Affektionen des Nervensystems mit der gleichen Fülle von Arzneimitteln, mit denen er die Attacke gegen die übrigen Krankheiten eröffnete.

Nicht war es ihm vergönnt, seine Beobachtungen in den Spalten zahlreicher, von Gelehrsamkeit und Geist strotzender Fachzeitschriften niederzulegen, die Ohren der Spezialkollegen blieben ihm in den Fachversammlungen verschlossen, die sich jetzt so oft mit Wonne den fulminanten Entdeckungen auf diesem Gebiete erschließen. Wollte er seine wissenschaftlichen Gefühle und Gedanken nicht in einer Monographie ausströmen lassen (und damals zahlten die Verleger noch nicht die märchenhaften Summen, die heute dem wissenschaftlichen Arbeiter aufgedrängt werden), so war er gezwungen, seine Geistesblitze in den allgemein-wissenschaftlichen medizinischen Zeitschriften jener Zeit niederzulegen, die auch noch nicht in der üppigen Fülle unserer Tage prangten.

In dem Hufelandschen Journale, der Zeitschrift, die damals weitaus über den größten Leserkreis zu verfügen hatte, finden wir vor einem Jahrhundert noch eine ganz ausgiebige Ausbeute. Auf große historische Entdeckungen werden wir zwar verzichten müssen. Aber der Geist, in dem man damals die Erkrankungen des Nervensystems ansah, dringt doch mit in unsere Zeit hinüber. Und wenn der Duft, der aus diesen alten Bänden uns entgegenweht, entschieden etwas an Lavendel- und Kamillenthee erinnert, und wenn auch die behagliche Breite jener Publikationen, die zu der lapidaren Kürze unserer zeitgenössischen Veröffentlichungen in schneidendstem Gegensatze steht, unsere überreizten Nerven etwas angreift, verachten dürfen wir diese neurologischen Exposés doch nicht. Einmal macht man wieder die alte Erfahrung, daß manche Gedanken, die wir für unsere Zeit mit Beschlag belegen, auch den schlichten Landärzten jener Zeit gekommen sind, und stellen wir uns vor, wie man in hundert Jahren vielleicht einmal über die gehaltvollen Veröffentlichungen unserer Tage denken wird, so wird eine geziemende Bescheidenheit in unserem Busen einziehen.

Im allgemeinen wandelten unsere neurologischen Altvorderen ihre eigenen Wege. Die felsenstarren Meinungen der medizinischen Schulen, auf die man in jenen Zeiten noch mehr schwor wie heutzutage,

leuchteten verhältnismäßig wenig in das Dunkel der Nervenkrankheiten hinein, und da es keine speziellen Vorlesungen über dies heikle Gebiet gab, war jeder noch mehr auf sich selbst angewiesen. Was alle einte, das war der tiefe Respekt, den man vor den Krankheiten dieses zartesten aller Organe hatte. Gegen die Eiterungen, die Durchfälle, die gebrochenen Gliedmaßen fuhr man mutig das Rüstzeug einer robusten Therapie auf, gings gegen die erkrankten Nerven, so suchte man oft durch eine Fülle von gelehrten und tiefsinnigen Bemerkungen sich selbst darüber wegzutäuschen, daß man nicht wußte, was eigentlich los war. Und das kommt, Gott lob, jetzt überhaupt nicht mehr vor!

Am meisten kam noch hier die Grundlage allen medizinischen Wissens, die pathologische Anatomie, zu kurz. Krankhafte Sektionsbefunde der Nerven selbst und des Rückenmarkes werden in der ganzen Zeit mit völligem Stillschweigen gestraft und auch die Befunde im Gehirne sind recht wenig ausgiebig.

Kortum (De apoplexia nervosa) wies zwar nach, daß das Gehirn einen hohen Grad von Druck ohne Störung seiner Funktion ertragen könne, wenn der Druck nur langsam zunehme, aber wie wenig Weikard in der pathologischen Gehirnanatomie zu Hause war, geht daraus hervor, daß er das hydrozephalische Fieber, die Gehirnwassersucht, gänzlich leugnete. Da beobachtete ein ungenannter Schriftsteller (1799) doch ganz anders. Bei einem Manne, der die Sprache und das Bewußtsein verloren hatte und unter krankhaften Erscheinungen ohne jede Spur von Entzündung oder Würmern gestorben war, fand er, daß sich unter der Tunica arachnoidea, die sich leicht absondern ließ, in allen Gängen und Höhlen eine milde eiterartige Flüssigkeit offenbarte, ohne daß die Hirnsubstanz im mindesten davon angegriffen war.

Ein anderes Mal setzte man eine Apoplexie auf Rechnung einer haselnußgroßen Exostose am rechten Felsenbein.

Mit den ätiologischen Faktoren fand man sich schon weit leichter ab. Daß man das Zahnen der Kinder als Ursache der Konvulsionen ansah, darf uns nicht befremden, wenn wir bedenken, daß dieser bedeutsame Vorgang sich diese gebietende Stellung bis in unser erleuchtetes Jahrhundert hinein bewahrt hat. Sogar beim Durchbrechen der Weisheitszähne sah Ideler (1800) noch klassische Anfälle mit Stierheit der Augen auftreten.

Den gefährlichsten Konkurrenten in der Vorgeschichte der Krämpfe hatten die durchbrechenden Zähne in den Würmern, die ja allerdings auch noch jetzt nicht ganz ihre Rolle auf dem Krankheitstheater ausgespielt haben.

Lützelberger (1799) beschreibt heftige konvulsivische Krämpfe mit Verlust aller Sinne, bei denen der Spasmus tonicus und der clonicus mit dem Trismus, dem Pleurotonus und Schreckkrämpfen in fürchterlicher Abwechslung sich einstellten. Diese unordentliche Bewegung des Nervensystems beruhte einzig und allein auf Wurmreiz. Mehr zu Herzen geht uns die Schilderung einer chronischen Cephalalgie, die uns 1809 ein Kollege mit dem ominösen Namen Bouteille, der Sohn, dramatisch schildert. Zuletzt gurgelte der Unglückliche gegen den Kopfschmerz, der mit einer Zusammenziehung des oberen Teiles des Schlundes und einer schmerzhaften Erschütterung des Stammes einherging, vor lauter Verzweiflung mit purem Essig, hielt die Nase fest zu und atmete stark aus, um das Naß zum Gehirn dringen zu lassen. Inmitten dieser angreifenden Beschäftigung sprangen plötzlich zwei große Würmer aus seinem linken Ohre heraus, was die Umstehenden so erschreckt, daß sie das Weite suchten. Heilung! Trotzdem bewegten den Verfasser viele sehr diffizile Fragen. Nährten sich diese Würmer vom Cerumen? Wo blieben ihre Exkremente? Waren sie durch die Eustachsche Ohrtrompete eingedrungen?

Vergebens mahnte schon 1799 Selig, daß man doch nicht alles den Würmern in die Schuhe schieben dürfe.

Eine Gehirnentzündung führt Löffler (1797) darauf zurück, daß der Betreffende mit dem Kopfe gegen ein Kaminfeuer geschlafen hatte. Wedekind sah 1800 einen Gesichtsschmerz dadurch entstehen, daß ein Rheumatismus auf die Nerven übersprang, um sich im Gänsefuß auszutoben. Meist aber spürte man für die mysteriösen Erkrankungen nach ebenso geheimnisvollen Ursachen, man „vermutete Schärfen und Unreinigkeiten in den ersten Wegen", oder „eine widernatürliche Reizbarkeit des Magens", man trachtete, die festsitzenden Schärfen in den Verdauungswegen durch die heroischsten Laxantia zu beseitigen und es mußte schon ganz schlimm kommen, wenn man infolge eines „stinkenden Ausflusses aus dem rechten Ohre Wasser oder Jauche im Gehirne vermutete".

Eine quälende Angst hatte man dabei bei der Behandlung der verschiedensten Krankheiten, sie möchten sich, wenn sie vertrieben würden, auf das Nervensystem, als den locus minoris resistentiae, schlagen. Fußschweiße, Krätze und Kopfgrind waren vor allem solche boshafte und rachsüchtige Leiden, gegen die man mit heiligster Scheu vorging. „Als

die liebe Kur nicht anschlagen wollte, blieb mir wohl der Reizstoff im Unterleibe im Auge und ich fürchtete nicht, daß die äußerliche Behandlung der Hautkrankheitsmaterie determiniert würde, die Haut zu verlassen und ihren Ablagerungsort im Nervensysteme zu nehmen."

Mit der Untersuchung wegen Fehlern im Kopfe war man nur zu oft schnell fertig. Wenn in der Physiognomie und den Augen „nicht das mindeste Fremde" bemerkbar war, so war man schon zufrieden. Wenn obendrein noch die Pupillen nicht widernatürlich erweitert waren, wenn die Augen nicht verdreht und der Puls nicht unordentlich war, ließ man den Kranken meist in Ruhe.

Die Einteilung der Nervenkrankheiten zeichnete sich durch größte Einfachheit und Übersichtlichkeit gegenüber der verwirrenden Vielseitigkeit unserer modernen Lehrbücher aus. Obgleich schon eine ganze Reihe von altbekannten und bewährten Nervenkrankheiten zu Gebote stand, finden wir unter den Nachrichten, die von Hufeland und Fritze von dem Zustande des Krankenhauses der Charité herausgegeben wurden, von ihnen nur: Hirnhöhlenwassersucht, Hypochondrie, Hysterie, Nervenschwindsucht, Schwindel, Schlagfluß, Hirnerschütterung, halbseitige Lähmung, Lähmungen der Extremitäten, nervösen Kopfschmerz, Epilepsie, Zuckungen und Konvulsionen, Katalepsie, Krämpfe der Neugeborenen und Trismus. 1804 gab es 14 Fälle von Hypochondrie und Hysterie, 26 Lähmungen, 9 mal Epilepsie, 26 mal Zuckungen und Krämpfe, 3 mal Kinnbackenkrampf und 8 mal Schlagfluß. Die Assistenzärzte jener Zeit wußten sicherlich nicht das Glück zu würdigen, daß sie so wenig Krankengeschichten zu schreiben brauchten.

Damit war natürlich die Auswahl der Krankheiten nicht erschöpft, eine ganze Reihe von Leiden, die dem modernen Nervenarzte die Butter aufs Brot gewähren, erfüllten auch damals diese Aufgabe. Am meisten wird über die Gehirnentzündung, die Hirnwassersucht geschrieben, über deren Symptomatologie man recht gut orientiert war. Flies macht 1803 ganz besonders auf die klonischen Zuckungen, das Schielen, das Erbrechen, die erweiterten Pupillen und den langsamen Puls aufmerksam. Die Ursache suchte man meist im weit entfernten Unterleibe, dem man dafür zur Strafe das nötige Kalomel zuführte.

Conradi, der 1799 über die Wassersucht der Hirnhöhlen besonders bei Kindern berichtete, stellte als Hauptsymptom für Wasser im Hirne das Schielen nach einer Seite hin, grüne stinkende Stühle und einen fressenden stinkenden Urin, der die Wäsche braun machte und die Kissen zerfraß, fest.

Als Ursache sah er in einem Falle einen Sturz auf den Kopf an. Nach diesem hatte das Kind nicht so gespeichelt wie andere Kinder und der zurückgehaltene Speichel schlug sich auf das Gehirn und verursachte hier die Wassersucht. Bei einem zweiten Kinde vermißte er den dünnen Schmutz auf dem Kopfe, den er bei anderen Kindern regelmäßig fand, die Ausdünstung mußte demnach zu gering sein und die Wasseransammlung im Gehirn erklärte sich zwanglos auf diese Weise.

Ganz zu Hause fühlte man sich bei den Lähmungen. Mit ausgesprochener Vorliebe widmete man sich der Schilderung isolierter Facialislähmungen, wenn „der Mund durch einen ununterbrochenen Speichelfluß ekelhaft" verunstaltet war. Bald wurde durch den Krätzstoff der Schlagfluß ausgelöst, nachdem jener durch unrechtmäßige Mittel zurückgetrieben worden war, bald wurde, wie der weitberühmte Kollege Müller (1803) berichtet, diese höchst merkwürdige Lähmung der Gesichtsmuskeln durch eine unterdrückte monatliche Reinigung hervorgerufen: „die zurückgetretene Reinigung verdickt die Nervenscheiden in dem foramine stylomastoideo und verursacht dadurch einen Druck, wodurch die Gesichtsmuskeln ihre bewegende Kraft verlieren".

Durch Abführmittel heilte man eine Paraplegie, die sich durch Ameisenlaufen in Händen und Füßen und Unsicherheit beim Stehen und Gehen kennzeichnete. Der Patient hatte der Trunkenheit und dem übermäßigen Fressen gehuldigt und war sehr bequem gewesen, die „Ausleerungen" verursachten einen Druck auf die Gefäße des Unterleibes und eine Kongestion nach dem Kopfe; durch Druck auf die Nerven des Unterleibes veranlaßten sie das fatale Ameisenlaufen.

Auf das Gegenteil der Lähmung, auf die übermäßige Tätigkeit der Muskeln war die Aufmerksamkeit der Ärzte besonders durch Schäffer gelenkt worden, der sich 1793 ausführlich über den Begriff der Irritabilität oder unwillkürlichen Muskelbewegung verbreitet hatte. Pfündel berichtet über die wehmütigen Schicksale eines „die Blattern oder Masern noch nicht gehabten Knabens", der an dieser seltsamen Krankheit litt, „die bei der jetzt immer mehr überhandnehmenden kränklichen Beweglichkeit des Nervensystems häufiger zu werden droht". Irgend ein Teil des Körpers befand sich immer in einiger Aktivität, der Knabe verzerrte den Mund, konnte nicht sprechen, taumelte und wurde gedächtnisschwach und blödsinnig. Nachts ging es ihm besser, aber

dafür fielen eiskalte Schweiße über ihn. Weil die damals herrschende Konstitution ganz gallicht war, vermutete Pfündel gallichte Reize in den Präkordien. Brechmittel! Die Anzeigen von gallichten Cruditäten verloren sich. Abführmittel! Jetzt glaubte Pfündel den Sitz des Übels in einer widernatürlichen Crudität der Nerven suchen zu müssen. Bilsenkrautextrakt! Nun ging der Knabe aus der Kur weg, weil ein sogenannter Balsamträger schnellere Hülfe versprach. Aber da traten Konvulsionen ein und der unglückliche Knabe wurde epileptisch. Hilfeheischend ging er zu einem Harnpropheten, der ihm Flußtropfen verschrieb, weil die Krankheit ein bloßer Fluß sei. Jetzt taumelte er gar wie ein Betrunkener, fiel über seine eigenen Füße und schnitt dazu Grimassen. Umsonst gingen zwei Spulwürmer ab: „es ist ja gewiß, daß dergleichen Tiere Nervenkrankheiten aller Art erregen": Wurmlatwergen, Kalomel! Vergebens. Jetzt vermutete man bei ihm eine feine Schärfe. Diät, Valeriana, Eichelabkochung! Dazu wurde er noch von Pfuschern und Quacksalbern durch Laxiermittel heruntergebracht. Um die Ausschlagsschärfe auf einen äußeren Teil hinzuleiten, setzte man ihm Fontanellen auf beide Schenkel, ließ ihn zur Stärkung der Nerven ein Schlackenbad auf einem Eisenhammer nehmen und brachte ihm Akonit bei! Schließlich wurde der Knabe des Einnehmens müde, was man ihm auch nicht übelnehmen kann. Das Sonderbare dieser Krankheit, „wo er noch nie etwas von gelesen hatte", fiel dem Autor sehr auf, er war sich nur darüber einig, daß der Reiz auf eine sanfte Art aus dem Körper geschafft werden müsse. Wie das aber anzufangen sei, war ihm dunkel, einzig und allein vertraute er dem Allerweltsbaldrian. „Sollte man die Krankheit nicht als ein Mittelding zwischen Veitstanz und Epilepsie betrachten?" Der Fall beweist übrigens, wie auch unsere damaligen Nervenkollegen unter der Konkurrenz der Quacksalber zu leiden hatten, die gerade auf diesem Gebiete die meisten Lorbeeren pflückten.

Selbstbewußt tadelte Selig (1799) die „Ärzte von gemeinem Schlage" und Nichtärzte, die diese konvulsivische Krankheit der Kinder und jungen Personen schlechthin eine Nervenkrankheit benannten und sie, ohne sich „um ihre veranlassende Ursache" zu kümmern, mit krampfstillenden und sogenannten Nervenmitteln behandelten. Dadurch werde ihr Wachstum gehindert, ihre moralische Erziehung zurückgesetzt und ihre körperlichen und Geisteskräfte auf lange Zeit geschwächt. Er unterschied ein fieberhaftes und ein nicht fieberhaftes Stadium. Verursacht werde diese merkwürdige Krankheit (es hat sich anscheinend um eine chorea electrica gehandelt) durch katarrhalische und rheumatische Schärfen in den Säften oder schleimigte, gallichte, atrobiliarische und faulartige Unreinlichkeiten, die sich durch Epidemie oder Diätfehler in den Eingeweiden des Unterleibes erzeugt hätten.

(Fortsetzung folgt.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VI.

Aus der Literatur des Jahres 1906 zusammengestellt

von Professor Dr. *Ernst Schultze.*

(Schluss.)

X. Preuss. Ausführungsgesetz vom 11. Juli 1891 zum Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz.

§§ 1, 31.

. . . .. Durch die Novelle vom 11. Juli 1891 haben die Landarmenverbände allgemein die armenrechtliche Verpflichtung erhalten, auch gemeingefährliche Geisteskranke aufzunehmen, während die entstehenden Kosten als Kosten der Armenlast nach Vorschrift des § 31 zu behandeln sind. Auf Grund des Dotationsgesetzes besteht außerdem eine nicht armenrechtliche (auch auf bemittelte Personen sich erstreckende) Verpflichtung der dotierten Kommunalverbände, das Unterkommen für gemeingefährliche Geisteskranke, wegen deren es die zuständigen Behörden verlangen, zu ermöglichen. . . . . (Entsch. des preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 20. Juni 1905.)

Psych.-Neurol. Woch. 1906, Nr. 46—48.

XI. Gewerbeordnung.

§ 30.

Nach § 30 der Gew.-Ordn. darf die Konzession zum Betriebe einer Privat-Irrenanstalt versagt werden, wenn Tatsachen vorliegen, welche die Unzuverlässig-

keit des Unternehmers in Beziehung auf die Leitung oder Verwaltung der Anstalt dartun. Daß dieser Bestimmung nicht lediglich allgemeine polizeiliche Erwägungen, sondern auch Rücksichten der Gesundheitspflege, welche bei der Beurteilung der persönlichen Eigenschaften des Antragstellers maßgebend sein sollen, zu Grunde liegen und daß eine Garantie für die Erhaltung des Charakters der Anstalten als gemeinnützige Unternehmen zu verlangen ist, hat das Oberverwaltungsgericht in seinem Urteile vom 12. Mai 1880 aus den Gesetzesmaterialien nachgewiesen. Mit diesen Grundsätzen stimmt es überein, wenn der Bezirksausschuß in dem angefochtenen Urteile bemerkt, daß peinliche Sauberkeit ein Hauptererfordernis für die ordnungsmäßige Führung einer Privat-Irrenanstalt bilde und daß Tatsachen, welche die Person der Klägerin betreffen und das Bestehen von Garantien für die Erhaltung solcher Sauberkeit in Frage stellen, geeignet seien, deren Unzuverlässigkeit in Beziehung auf die Leitung und Verwaltung der Anstalt darzutun.

Der Bezirksausschuß hat nun für tatsächlich festgestellt erachtet, daß die sechzehnjährige Stieftochter der Antragstellerin, namens H. K., einmal in Bezug auf ihren Körper und mehrfach in Bezug auf ihre Unterkleider unsauber betroffen worden ist.

Die Revision wendet sich auch nicht sowohl gegen diese Feststellung, als vielmehr dagegen, daß aus der Unsauberkeit der Stieftochter ein Vorwurf gegen die Klägerin hergeleitet wird. Aber auch die hierbei in Frage kommenden, vom Bezirksausschusse gezogenen Folgerungen sind, weil nicht sachwidrig, mit der Revision nicht anfechtbar. Es muß in dieser Instanz dahingestellt bleiben, ob nach Lage der Sache die Klägerin für die Unsauberkeit der Stieftochter schlechthin verantwortlich zu machen war oder ob vielmehr das vorgeschriebene Alter des Mädchens, die Bereitstellung ausreichender Wäsche und vielfache Ermahnungen zur Sauberkeit, sowie die sonstigen schweren Pflichten der Klägerin das Unterbleiben einer wirksamen Kontrolle erklärlich und entschuldbar erscheinen ließen. Denn der Bezirksausschuß hat ein Verschulden der Klägerin mit der Begründung festgestellt, daß sie ihre Stieftochter, deren Mangel an Erziehung sie hervorhebe, in einer so wichtigen Sache wie der der körperlichen Reinlichkeit keinesfalls hätte sich selbst überlassen dürfen. Daß es sachwidrig und daher ausgeschlossen wäre, aus der Unsauberkeit der im Haushalte befindlichen Stieftochter einen ungünstigen Schluß auf die Eigenschaften der Klägerin zu ziehen, läßt sich jedenfalls nicht behaupten. (P. O. V. G. III. 6. Juli 1905.)

Ztschr. f. Mediz.-Beamte. Beilage Nr. 10, p. 69.

§ 30.

Es herrscht in Wissenschaft und Rechtsprechung darüber Einverständnis, daß als eine Privatkrankenanstalt ein auf eine gewisse Dauer berechnetes, in Privathänden befindliches Unternehmen zu gelten hat, in welchem Kranke in bestimmten, dazu hergerichteten Räumen und Anlagen Behandlung ihrer Leiden oder Pflege oder beides zugleich in der Weise finden, daß ihr Aufenthalt in jenen Räumen eine gewisse Dauer erreicht. (Sächs. Oberverw.-Ger. I. Senat. 25. Okt. 1905.)

Ztschr. f. Med.-Beamte. Beilage Nr. 21, p. 209.

XII. Allgemeines Landrecht.

§ 46, II, 12.

Die Hilfsschule gehört zu den Volksschulen, welche nach § 46, II, 12 des Allgemeinen Landrechts solange von den Kindern besucht werden muß, bis sie die erforderlichen Kenntnisse nach dem Befunde des Schulinspektors erworben haben. (K. G.)

Ärztl. Sachverst.-Ztg. p. 80.

Mitteilungen.

— **Hilfsverein für Geisteskranke im Königreich Sachsen.** Am 27. Mai fand in Bautzen die Mitgliederversammlung des Hilfsvereins für Geisteskranke im Königreich Sachsen statt. Der kurze Überblick, den der Vorsitzende, Herr Anstaltsdirektor Geh. Medizinalrat Dr. Weber-Sonnenstein, über die Vereinstätigkeit im vergangenen Jahre gab, bestätigt einen Zuwachs von 160 Mitgliedern und 600 M. Beitragsgeldern. Die Zahl der Vereinsmitglieder beläuft sich danach zur Zeit auf etwa 3800. Erfreulich war es zu hören, wie auch im vergangenen Jahre die meisten der Ausschußmitglieder in den einzelnen Amtshauptmannschaften treue Mitarbeit geleistet haben, Geisteskranke und deren Familien mit Rat und Tat unterstützend. Über 6000 M. konnten zu diesen Unterstützungen verwendet werden. Aber die Unterstützung, welche die Geisteskranken durch den Hilfsverein erfahren, besteht weiter darin, überhaupt Interesse für diese ärmsten Kranken im Volke zu wecken. Diesem Zwecke dient eine vom Vorsitzenden der Versammlung angekündigte Beilage des Jahresberichts 1906, eine kurze volkstümlich zusammen-

gefaßte Erklärung der verschiedenen Geisteskrankheitsformen (von einem Vereinsmitglied, Herrn Anstaltsoberarzt Dr. Ilberg-Großschweidnitz, verfaßt). Der statutengemäß ausscheidende Vorstand wurde durch Zuruf wiedergewählt: Herren Anstaltsdirektor Geh. Medizinalrat Dr. Weber, Vorsitzender, Anstaltspfarrer P. Kayser, stellvertretender Vors. und Schriftführer, Anstaltsoberarzt Dr. Ackermann, Kassierer, sämtlich in Sonnenstein. Im Anschluß an diese Zusammenkunft der Mitglieder hielt der Hilfsverein eine starkbesuchte öffentliche Versammlung ab, in welcher Herr Anstaltsbezirksarzt Dr. Hofmann-Bautzen über: „Geisteskrankheit und Verbrechen" sprach.

— **München**, 1. Juni. Der prakt. Arzt Dr. Ludwig Kahn aus Augsburg, der seit sechs Monaten in der psychiatrischen Klinik untergebracht war, entfloh gestern von dort. Er wurde später bei Trudering auf dem Gleise als schrecklich verstümmelte Leiche aufgefunden. (Augsb. Abendztg.)

— Bericht über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** in Frankfurt a. M. und Gießen vom 26. bis 28. April 1907. (Fortsetzung.)

Wolff-Katzenelnbogen: Psychiatrisches aus Syrien.

Dem Vortrag liegt ein Material von 300 Fällen zu Grunde, über die der Vortr. Notizen hat. Danach sind Psychosen in Syrien durchaus häufig; außer diesen 300 hat W. noch eine Menge gesehen, so daß seine Erfahrung die Zahl 1000 übersteigt.

Geht man aber von diesen genauer beobachteten 300 Fällen aus, so ist darunter am meisten die Dementia praecox (136; 100 M., 36 Fr.) vertreten, d. h. 45% der Fälle. Diese Zahl sinkt auf 30—35%, wenn nur die Fälle berücksichtigt werden, die bei der Aufnahme nicht über zwei Jahre krank waren; eine Einschränkung, die man machen muß, weil die andern Psychosen etwa binnen zwei Jahren durch Heilung und Tod verschwinden, die in Rede stehenden Kranken jedoch sich ansammeln und dadurch leicht der Eindruck entsteht, als ob sie viel öfter vorkämen, als das tatsächlich der Fall ist. Schon so ist die Prozentzahl außerordentlich hoch und übersteigt die hiesige etwa um das Doppelte. Die Hebephrenie und die Katatonie haben daran — beide ungefähr gleichmäßig — den größten Anteil; die Dementia paranoides nur ungefähr soviel wie hier zu Lande. Alle drei Krankheitsbilder sehen etwa so aus wie hier, die Hebephrenie hat eine ebenso ungünstige Prognose, die Katatonie eine viel bessere (30% Heilungen) als jene, die Dementia paranoides ist unheilbar. Bei letzterer findet man die modernsten Ideen, wie z. B. die Beeinflussung durch „Elektrizität ohne Draht". Eine Reihe der Dem. praecox-Kranken kehrte krank aus dem Auslande zurück. Vortr. tritt bezgl. Frage, ob Ausgewanderte, resp. Eingewanderte leichter erkranken als Einheimische, dem Standpunkte Lohmers bei, daß dies allerdings geschehe, und zwar nicht nur, weil vorwiegend „defekte Menschen" auswandern, wie Pratt meint, sondern wegen der „Umkrempelung" der ganzen Persönlichkeit.

Haben wir in der Dementia praecox die häufigste Krankheit Syriens, so folgt dieser mit nicht viel weniger Prozenten das manisch-depressive Irresein mit etwa 25%. Auch diese Krankheit erscheint also außerordentlich häufig, u. zw. ebenfalls beinahe doppelt so häufig als bei uns. Männer und Frauen stellen ungefähr die gleiche Zahl, vielleicht die Frauen etwas mehr. Die einfach-manisch-depressive, manisch-stuporöse, periodische, zirkuläre Form verteilte sich auf Männer und Frauen gleich, während die im allgemeinen kurzdauernde Anfälle veranlassende deliriös manische Form mit Verwirrtheit, Halluzinationen, Illusionen, Wahnideen, Angst, Gewalttätigkeit bei weitem mehr Männer betraf, hingegen die Melancholie viel mehr bei Frauen gesehen wurde. Während in Syrien sonst Selbstmord fast gar nicht vorkommt, traten bei Kranken der depressiven, melancholischen Kategorie Selbstmordversuche oft und mit großer Hartnäckigkeit ausgeführt auf. Charakter, Religion und Lebensbedingungen des zufriedenen, sanguinischen Volkes sind dem ganz entgegen; die Krankheit bringt ein ganzes Extrem hervor. Deshalb vertritt der Vortragende den Satz, daß die Neigung zum Selbstmord ganz und gar aus der Krankheit stammt und daß daran nie und nirgends das Naturell eines Volkes etwas daran ändert, sobald ein Angehöriger desselben von Melancholie befallen ist. Mit andern Worten: Der Melancholiker ist bei allen Völkern gleich selbstgefährlich. Der Selbstmord, resp. das, was dazu treibt, die „Verneinung des Willens zum Leben", liegt viel tiefer, viel mehr im „Unbewußten", als z. B. der Trieb zum Altrocid. Es liegt nicht im Naturell, im Charakter eines Volkes, sondern es liegt in der Natur der Menschheit überhaupt. Vor der Melancholie fallen quasi die Schranken der Volkscharaktere, und der bloße Mensch — nicht mehr der „Orientale", der „Skandinavier", der „Romane" — kommt hier in Frage. Der Vortragende konnte bei der in Rede stehenden Krankheitsform die Wirkung von Infektionskrankheiten beobachten (Intermittens, Typhus). Die kurzen Anfälle der chron. Intermittens änderten an dem Bilde nichts, dagegen schien der Typhus den Eintritt der Heilung zu beschleunigen.

Seltener als diese beiden Krankheitsformen, seltener auch als bei uns, ist in Syrien die Dementia paralytica. Sie betrug 6% der Fälle. Den so oft gehörten Ruf großer Seltenheit bewahrte sie aber demnach auch nicht. Mit jedem Jahr sah Vortragender mehr Paralysen und er meint, daß die Prozentzahl eher etwas zu klein ist und 8% etwa das Richtige treffen dürfte. Ein Vergleich mit der Häufigkeit der Paralyse in Ägypten (Jahresberichte Warnocks aus Kairo) ergibt auch dort 6%, aber nach Abzug der dort häufigen Haschisch- und Pellagrakranken 8%. Im allgemeinen erscheint das Alter, in dem sie eintritt, etwas niedriger als hier: 26. bis 30. und 35. bis 40. Lebensjahr gegen 40. bis 45. Lebensjahr hier (Kraepelin). Syphilis war in 50% sicher,

in weiteren 30% wahrscheinlich; bei Warnock in Ägypten in ca. 65% sicher. Alkoholismus kam nur in einem Fall etwa in Betracht. Die Angabe von der Seltenheit der Paralyse bei fremden Völkern ist nur mit Vorsicht aufzunehmen. Vortragender sah sie von hervorragenden Ärzten mit großer Praxis nicht erkannt, auch wenn sie ohne weiteres auf der Hand lag. Nur das Zeugnis von Fachleuten kann gelten, und diese müssen an Ort und Stelle ihre Beobachtungen gemacht haben. Auch die Tabes ist in Syrien nicht selten. Syphilis ist dort ungefähr so häufig wie bei uns zu Lande, auch dort auf dem Lande selten, in der Stadt sehr häufig. Nach den Berichten müßte der ganze Orient mit Syphilis durchseucht sein; dies ist eine Übertreibung. Vortragender bekam einige Fälle von Hirnlues zu sehen, deren Prozentsatz aber jedenfalls größer ist.

An „Amentia" litten 6%; davon gut ²/₃ Frauen. Dieser Prozentsatz dürfte etwas zu klein sein deshalb, weil viele dieser Fälle rasch abheilen und dann, weil die krankmachenden Faktoren für diese Formen in Syrien häufig sind. Es sind dies hauptsächlich die Generationsvorgänge beim Weibe und Infektionskrankheiten. Von den letzteren ist dort sehr verbreitet Malaria und Typhus, ebenso Pocken. Die gynäkologischen Krankheiten sind ebenfalls sehr häufig, leiten sich meist her von Gonorrhoe und Geburten. Die meisten Fälle gehören der erregten Form an (Ursache: Infektionskrankheiten), eine kleinere Anzahl der ruhigen, apathischen.

Eine verhältnismäßig sehr kleine Zahl wird vom Alkoholismus gestellt, 3%. Das verbreitetste Getränk ist der Arrak (aus Wein hergestellt). Der Orientale ist mäßig und genügsam, eine „Sucht" entwickelt sich bei ihm nicht oft. Immerhin waren meine Fälle, bis auf einen, nicht im Ausland gewesen, hatten das Trinken demnach nicht übernommen, sondern selbst gelernt. Ein Moslim war dabei. Es handelte sich durchweg um schwere Erkrankungen, viermal unter neun Fällen um sog. Alkoholpseudoparalyse, zweimal Alkoholhalluzinose, zehnmal Korsakowsche Psychose und zweimal einfachen chron. Alkoholismus; fünf Fälle starben, nachdem sich spastische Erscheinungen, Kontrakturen ausgebildet hatten. Dem Vortragenden machte es den Eindruck, als ob der Orientale den Alkohol schlechter vertrage; drei Deutsche, die er dort behandelte, davon einer mit Alkoholpseudotabes, und die alle schon über 20 Jahre tranken, erlitten keine solche Schädigung. Bei einem chron. Alkoholisten löste ein Malaria-Anfall ein Delirium tremens aus.

Die Krankheiten des Rückbildungsalters, wie Melancholie, Dementia senilis sind nicht selten, Apoplexien, wie postapoplekt. Demenz, sieht man leicht. Die Arteriosklerose in der einfachsten Form mit Schwindel usw. bis zu Herderkrankungen ist recht häufig. Auffallend ist es, wie oft Tumoren des Gehirns dort aufzutreten scheinen; Vortr. sah acht Fälle davon, und weitere sechs Fälle gehörten nicht sicher dazu; einige sind jedenfalls auf Cysticerken zurückzuführen gewesen — das Wechselnde des Bildes und das Paralysenähnliche sprach dafür —, denn Taenia ist in Syrien ungeheuer häufig.

Die Neurosen, Epilepsie, Hysterie, Neurasthenie, sind alle sehr häufig in Syrien, für Zwangsideen gibt es ein eigenes arabisches Wort. Auch die Nervenkrankheiten, wie Paralysis agitans, multiple Sklerose, spastische Spinalparalyse, Chorea in ihren verschiedenen Arten, Ischias, Neuralgien, zerebrale und spinale Kinderlähmung (sehr häufig!), Porencephalie etc. sind dort oft zu sehen.

(Autoreferat.)

Vortrag wird erweitert in der Allg. Zeitschr. oder Zentr.-Bl. f. Neurol. u. Psych. veröffentlicht.

Otto Rehm-München: Verlaufsformen des manisch-depressiven Irreseins.

Vortr. hat an einem Material von über 400 Fällen von manisch-depressivem Irresein die Verlaufsformen untersucht, zu welchem Zwecke die Verfolgung des ganzen Lebenslaufes notwendig gewesen ist. Es ergab sich eine Einteilung in vier Gruppen:

1. periodische Fälle,
2. Ersterkrankungen, bezw. einmalige Erkrankungen,
3. chronische Fälle,
4. subchronische Fälle.

Die einzelnen Gruppen umfassen manische, depressive und zirkuläre Fälle, bezw. alternierende Formen. Über die Hälfte des Materials gehört den periodischen Formen der ersten Gruppe an, in welcher die zirkulären Fälle dominieren. Die Ersterkrankungen, die zweite Gruppe, bilden in der Mehrzahl die erste Phase von periodischen Erkrankungen. Ungefähr der dritte Teil der Fälle beginnt in der Involution; es sind meistens Depressionen bei weiblichen Kranken. Die Fälle der dritten Gruppe mit chronischem Verlaufe weisen von Jugend auf in ununterbrochener Kette ohne freie Zeiten Symptome einer manisch-depressiven Erkrankung auf. Die Mehrzahl dieser Fälle trägt zirkulären Charakter. Die subchronischen Fälle, die vierte Gruppe, haben einen zeitlich fixierbaren Beginn; sie zeigen einen schleichenden gleichmäßig andauernden Verlauf; die Intensität der Erkrankung ist meist keine sehr bedeutende. Die Phasen wechseln rasch und fließen vielfach ineinander über. Mischzustände sind außerordentlich häufig. — Vortr. weist dann auf eine Gruppe von Fällen hin, die nach jahrelangem, gleichmäßig schwerem Verlauf in Heilung übergehen und die wohl zu den periodischen Formen gehören. Eine weitere Erkrankungsform wird erwähnt, die Depressionen der Involution umfaßt; das klinische Bild ist einförmig, die psychomotorischen Störungen treten zurück, schwachsinnig erscheinende Kleinheits- und Verfolgungsideen treten in den Vordergrund. Die Fälle sind noch nicht zum Abschluß gekommen. Ihre Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein ist fraglich. Schließlich wird erwähnt, daß manche zirkuläre und depressive Formen in der Involution durch sekundäre, senile oder arteriosklerotische Schwächezustände kompliziert sind. Möglicherweise

bilden diese Fälle den Rest des Krankheitsbildes der Melancholie. — Die Grundlage des manisch-depressiven Irreseins ist eine spezifische Degeneration. Die Psychose ersteht auf einer konstitutionellen Verstimmung und Erregung, oder auf einem dauernden, leichten zirkulären Zustande. Zu erwähnen sind vorkommende delirante, oft amentiaartige Formen. Die Mannigfaltigkeit des klinischen Bildes ist eine ungeheuer große. Stammes- und Rassenunterschiede sind von Bedeutung. Es ist wahrscheinlich, daß in der Reihe der Symptome die Denkstörung, als eine Folge erhöhten inneren Abgelenktseins, gegenüber der Affekts- und Willensstörung in den Vordergrund des Krankheitsbildes gestellt werden muß.

Tafeln mit der graphischen Darstellung der verschiedenen Verlaufstypen, nach Art eines Lebenslaufes, werden projiziert. (Autoreferat.)

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

— Sexuelle Ethik. Ein Vortrag von Prof. Dr. Forel. München 1906.

Der Vortrag bietet für den, der die „sexuelle Frage“ F.s kennt, nichts neues. F. entwickelt als Idealgebot der sexuellen Ethik: durch den Sexualtrieb und seine Taten weder den einzelnen noch vor allem die Menschheit zu schädigen, sondern den Wert beider nach Kräften zu erhöhen. Unter den heutigen Verhältnissen ist eine wahre Rassenzüchtung ohne Regulierung und Verhinderung der Zeugungen nicht vorzubereiten. F. empfiehlt daher den ausgedehnten Gebrauch der Präservatifs und damit allmählich eine Sterilisierung der unbrauchbaren und leidenden Menschen herbeizuführen.

Als Anhang folgen Beispiele ethisch-sexueller Konflikte aus dem Leben. Hegar-Wiesloch.

— Der moralische Schwachsinn. Von Dr. Schäfer, Oberarzt a. D. Halle a. S. 1906. Carl Marhold. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen.

Der Zweck der Schrift ist, die soziale Bedeutung des Schwachsinns Nichtpsychiatern, Ärzten, Militärärzten, Lehrern, Juristen darzulegen. Der erste Teil behandelt den Begriff und die Erscheinungen des Schwachsinns in den verschiedenen Lebensepochen, Kindheit, Schul-, Lehr-, Militärzeit etc. In ausführlicher Weise geht er auf die Erkennung der Erkrankung ein; als Grundlage der Diagnose hat der Nachweis der Urteilsschwäche zu dienen. Verf. wendet sich in seinen Erörterungen in lebhafter Weise direkt an die Person des Lesers, sucht mit Beispielen und Gleichnissen seine Beweisführung zu illustrieren, bringt Erlebnisse aus seiner ärztlichen und Sachverständigentätigkeit, verwendet Zeitungsnachrichten aus den letzten Jahren. Die Ausführungen gewinnen dadurch sehr an Eindringlichkeit und machen die Lektüre auch für den Psychiater anregend; auch die zahlreichen, wohl wenig bekannten Zitate aus den alten Schriftstellern sind von Interesse. Der zweite Teil ist der Bekämpfung der Ursachen des Schwachsinns gewidmet. Bei der enormen Verbreitung desselben — Verf. nennt ihn eine endemische Volkskrankheit — sind auch weitreichende Mittel nötig: Bekämpfung des Alkoholismus durch hohe Besteuerung der Getränke, ausgedehnte Belehrung aller Faktoren, die mit der Erziehung und Bildung der Jugend zu tun haben, Strafreform (Untersuchung jedes jugendlichen Verbrechers auf seinen Geisteszustand), Anstellung von Irrenärzten an den Gefängnissen, Errichtung von Militärirrenanstalten, Reichsirrengesetz. Vor allem geht Verf. energisch vor für die Hebung der moralischen Volksdisziplin, um die allgemeine egoistische Genußsucht und Verrohung, besonders auf sexuellem Gebiete, einzuschränken. Er betont die Notwendigkeit gerade der sittlichen Hygiene; das Blühen der Kunst ist ihm durchaus nicht ein Beweis einer gesunden Kultur, eher ein Warnungssignal.

Nicht zu umgehen ist nach Verf. zur Unterbringung und Behandlung der Schwachsinnigen die Gründung möglichst zahlreicher „eigenartiger“ Anstalten. Er macht in diesem Zusammenhange als Muster auf die von der inneren Mission begründeten Arbeiterkolonien und Heime aufmerksam. Der Hinweis S.s auf diese Asyle erscheint mir sehr bemerkenswert, da dieselben anscheinend gute Erfolge erzielen und Arbeitswerte schaffen, wozu wohl auch die Möglichkeit der größeren Initiative ihrer Leiter und das Fehlen des Verwaltungsballastes unserer Irrenanstalten beiträgt.

Nicht ganz in den Rahmen einer populär-medizinischen Veröffentlichung scheinen mir zwei Punkte zu gehören: einmal die Erörterung über die innere ärztliche Organisation der Irrenanstalten und dann die Ausführungen über die Entlassung und Entweichung sogen. gemeingefährlicher Kranken; so fordert Verf. die Rechtsanwälte auf, die Direktoren wegen jeden Schadens haftpflichtig zu machen, eine etwas beängstigende Perspektive für Anstaltsleiter, denen die ärztliche Fürsorge für 30 bis 40% vorbestrafter oder sonst gegen die Gesetze verstoßender männlicher Kranker, die täglich nach ihrer Entlassung fragen, anvertraut ist. Bei den künftigen Anstellungsbedingungen unserer Anstaltsärzte wird wohl neben freier Heizung und Beleuchtung noch freie Haftpflichtversicherung erscheinen.

Als neu für die Fachkollegen bezeichnet Verf. seine Auffassung, daß der Querulantenwahnsinn nur eine Form des Schwachsinns ist. Ich glaube, daß viele aus ihrer eigenen Erfahrung Ausnahmen für diesen Satz mitteilen können. Hegar-Wiesloch.

Personalnachrichten.

— **Ahrweiler.** Dr. F. Mörchen, bisher Oberarzt der Privatklinik Hohemark, vom 1. Juni d. J. ab Oberarzt an der von Ehrenwallschen Anstalt Ahrweiler.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 13. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark

An der hiesigen Provinzial-Irrenanstalt ist die Stelle eines **Anstaltsarztes** zu besetzen. Gehalt 3300 bis 5300 M. steigend alle 3 Jahre um je 400 M., ausserdem freie Dienstwohnung oder den tarifmässigen Wohnungsgeldzuschuss.

Bewerbungen, welchen die ärztliche Approbation und sonstige Zeugnisse im Original oder beglaubigter Abschrift, sowie ein Lebenslauf beizufügen sind, nimmt der unterzeichnete Direktor entgegen.

Dziekanka b. Gnesen, den 7. Juni 07.

Sanitätsrat Dr. Kayser.

Psychiater,

33 Jahre alt, evang., ledig, über vier Jahre an bekannter Provinzialanstalt, seitdem ca. drei Jahre als zweiter Arzt (Oberarzt) an großen Privatanstalten tätig, sucht zum 1. Oktober d. J. Stellung als leitender Arzt oder einigermaßen aussichtsreiche Anstellung an öffentlicher Irrenanstalt. Gute Empfehlungen vorhanden, auch litterarisch vielfach tätig.

Offerten unter **H. 1028** an die Expedition des Blattes erbeten.

Dame

zur geschäftlichen Leitung einer Privatirrenanstalt auf 1. Juli **gesucht.** Offerten mit genauem Lebenslauf, Referenzen und Photographie umgehend unter **F. U. E. 411** an **Rud. Mosse Frankfurt a. M.**

An der Provinzial-Idiotenanstalt in Schleswig ist bald oder später die Stelle eines

Hilfsarztes

zu besetzen. Gehalt 2500 Mark bei vollständig freier Station. Psychiatrische Vorbildung erforderlich. Reisekostenentschädigung bis zu 50 Mark. Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnissen erbeten an den Direktor.

„Friedheim" Zihlschlacht
Thurgau, Schweiz.

Comfortables Heim
(gegründet 1890)
für Nerven- u. Gemüthskranke besserer Stände
incl. **Alkoholiker** beiderlei Geschl.
Dr. F. Krayenbühl
Specialarzt.

Im Ctr. des vornehmsten W. Vorortes von Berlin, ist ein mit der **Konzession zum Betriebe einer Irrenanstalt** versehenes Grundstück (geeignetes Anstaltsgebäude mit grösserem Park) **baldmöglichst** unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre: **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

Arzt gesucht.

Für grössere **Privat-Heil- und Pflegeanstalt** wird zur Leitung ein **psychiatr. vorgebild. Arzt** gesucht. Verlangt 2jähr. Ausbildung in öffentl. Anstalt. Gehalt bei freier Station mit 4000 M. anfangend. Offerten beförd. unt. **M. G. 2191 Daube & Co., Berlin SW. 19.**

Dormiol

Billiges, prompt wirkendes **Schlafmittel** in Dosen von 0,5 — 3,0 gr. Gut bekömmlich, **keine Nebenwirkungen** beobachtet. Dem **Chloralhydrat** an **Wirkung gleich ohne dessen Nachteile.**

Dormiol-Kapseln zu 0,5 gr.

Crurin	**Bismutose**	**Orexin**
Streupulver. Antisepticum und Adstringens zum äusserl. Gebrauch.	bewährtes Adstringens und Protectivum	echtes Stomachicum **Orexin-Tabletten** und **Orexin-Chocol.-Tabletten.**

Litteratur durch: **Kalle & Co. A.-G., Biebrich a. Rh.**

Détert's Durit

Durit-Eisbeutel, rund	18,3	20,9	26,2 cm	(784 a
	2,35	2,60	3,45 Mk.	
Durit-Luftkissen, rund	36,6	39,2	41,8 cm	
	11,—	12,50	14,— Mk.	

Rudolph Détert, Berlin NW., Karlstrasse 9.

BROMURAL

α-**Monobromisovalerianylharnstoff.**

Ein neues Nervenberuhigungs- u. Schlafmittel.

Fast geschmackfrei, geruchlos und ohne Nebenwirkung. 959

Indikation: Leichte, nervöse Schlaflosigkeit, Hysterie, Neurasthenie etc.

Dosis: 2 Tabletten à 0,3 g. Originalröhrchen zu 20 Tabletten à 0,3 g.

Literatur und Proben kostenlos.

Knoll & Co., chem. Fabrik, **Ludwigshafen a. Rhein.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien)
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 13. 22. Juni **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Der ärztliche Nachwuchs für psychiatrische Anstalten.

Von Direktor Dr. *Vocke*-Eglfing.

In Nr. 11 dieser Wochenschrift kommt Chotzen-Breslau auf die Debatte zum Referat Siemens bei der Frankfurter Versammlung zurück. Ich habe diese Debatte eingeleitet und möchte nicht mißverstanden werden, wenn ich hierbei gegen die Beförderung aller Assistenzärzte zu Oberärzten nach dreijähriger Dienstzeit sprach. In der Versammlung selbst glaubte ich richtig verstanden worden zu sein, allein die Ausführungen des Herrn Kollegen Chotzen, die von allen Fachgenossen gelesen werden, zeigen doch, daß über die Tendenz meiner Äußerung gewisse Zweifel bestehen, die ich beseitigen möchte.

Mein Bestreben geht dahin, die psychiatrische Anstaltskarriere in vier Stufen zu gliedern; die Titelfrage ist sekundär, entsprechende Besoldung selbstverständlich.

I. Stufe: Assistenzärzte. Zeit der theoretischen und praktischen Ausbildung und der Erprobung als selbstständiger und zuverlässiger Abteilungs- (Stations-) Arzt.

II. Stufe: Lebenslänglich angestellter, pensionsberechtigter Arzt mit auskömmlichem, je nach dem Dienstalter steigendem Gehalt, mit der Möglichkeit, einen Hausstand in der Anstalt zu gründen, selbstständig, aber im Benehmen mit dem Oberarzt seine Station führend; die älteren Ärzte dieser Stufe herangezogen zur Stellvertretung der Oberärzte.

III. Stufe: Oberärzte. Leitende Ärzte für mehrere Stationen; in kleineren Anstalten z. B. je einer für Männer- und Frauen-Abteilung, in größeren je einer für 300 bis 400 Kranke. Möglichst selbstständig und mit weitgehender Verantwortlichkeit nach den Intentionen der Oberleitung arbeitend, welche den leitenden Ärzten aber einen Spielraum für berufsfreudige Initiative gewähren muß. Nur dann kann die Stellung eines Oberarztes auch als Endstellung der psychiatrischen Karriere einigermaßen befriedigen. Gehalt selbstverständlich dementsprechend bemessen.

Durch Einreihung in eine höhere Gehaltsklasse oder Gewährung einer pensionsfähigen Zulage wäre aus Stufe III herauszuheben in Stufe IIIa der Direktor-Stellvertreter. Stufe IV der Direktor, dem die ärztliche Oberleitung und die Verwaltungsdirektion zukommt.

Ich strebe also genau das an, was Chotzen wünscht (vergl. mein Referat Allg. Z. f. Ps. Bd. 63, Seite 873) und lege ein ganz besonderes Gewicht nicht auf die Gehaltsregulierung allein, sondern gerade auf diese vierstufige Gliederung in der ärztlichen Organisation.

Wir haben noch Anstalten mit nur zwei Rangstufen — wenigstens in Bayern. In deren Statuten heißt es: „Der älteste — oder I. — Assistenzarzt führt den Titel ‚Oberarzt'." Der „Oberarzt" ist ein leerer Titel, die Stellung ist die eines Assistenzarztes ohne den inneren Gehalt der von mir angestrebten Oberarztstellen, also unter Umständen ein lebenslänglicher Assistenzarzt!

Realisieren sich die Vorschläge Siemens', so erhalten wir drei Stufen, deren erste in drei Jahren durchlaufen, deren dritte von manchen nie erreicht wird. Wen kann eine Karriere locken, die für nicht wenige schon nach drei Jahren definitiv abgeschlossen ist, außer den zu ersitzenden Dienstalterszulagen? Wir wollen doch wieder erstklassigen Nachwuchs herbeiführen, und da kommt es nicht allein auf den Gehalt an, sondern auf eine befriedigende wissenschaftliche und berufliche Betätigung in gesicherter Stellung mit Aussicht auf ein Vorwärtsschreiten zu höheren Stellen und höheren Zwecken. Die Erfahrung in der ganzen Beamtenwelt lehrt, daß nichts mehr Mißvergnügen und Unzufriedenheit erzeugt, nichts mehr die Initiative lähmt und die Berufsfreudigkeit ertötet als

ein trostloses Avancement, wie es die mangelhafte Differenzierung eines Beamtenkörpers bedingt. Eine Lebens-Karriere mit dreimaligem Avancement ist schon schlecht genug, namentlich wenn — infolge der Größe vieler Anstalten — die dritte Vorrückungsstelle (Direktor) für manchen verschlossen bleiben muß. Darum sind namhafte Dienstalterszulagen, insbesondere in der dritten Stufe, unbedingt notwendig.

Auch die Stellung der Abteilungs- oder Anstaltsärzte — oder wie man sie sonst nennen will — bedarf eines reicheren Inhalts, denn der ewige Stationsdienst stumpft ab. Dies kann bewirkt werden durch verständnisvolle Förderung und Ausnützung gewisser besonderer Neigungen und Fähigkeiten der einzelnen Ärzte zum Wohle des Ganzen, wie Chotzen sehr richtig ausführt und meines Erachtens ganz besonders durch die Ausbildung eines gewissen Spezialistentumes unter den Ärzten. Wissenschaftliches Arbeiten ist nicht jedermanns Sache, und es ist psychologisch wohlverständlich, daß der arbeitsfreudige Anstaltsarzt weniger Befriedigung darin findet, in seinen knappen Mußestunden monatelang an der Herstellung eines kleinen Bausteines für das klinische Lehrgebäude unserer Wissenschaft zu arbeiten, zu arbeiten oft ohne sichtlichen Erfolg, oft nur zu dem Zwecke, um die Unbrauchbarkeit eines Bausteines nachzuweisen. Viel befriedigender ist für ihn die Betätigung einer Spezialneigung im Anstaltsgetriebe (Beschäftigungstherapie, Photographie, Arzneimittelwesen) oder gar die Kultivierung einer anderen medizinischen Spezialität (Chirurgie, Augenheilkunde, pathologische Anatomie etc.), die er stets praktisch erfolgreich betätigen kann und die ihn zum natürlichen und willkommenen Konsiliarius der anderen Stationsärzte in solchen Spezialfällen macht.

Die Frankfurter Diskussion war eine ganz kurze und konnte nicht länger ausgedehnt werden. Ehe aber die von der Versammlung gewählte Kommission zusammentritt, wäre es sehr wünschenswert, wenn auch die jüngeren Herren sich noch vernehmen ließen, falls sie neue Gesichtspunkte aufdecken, neue Vorschläge machen oder ungekannte Wünsche äußern wollen. Darum begrüße ich den Artikel des Kollegen Chotzen, der die Diskussion wieder aufnimmt, und wünsche nur, der verehrte Redakteur dieser Wochenschrift möge deren Spalten auch der noch folgenden Diskussion bereitwillig öffnen.

Zum Grossbetriebe der Irrenanstalten.

Von Direktor Dr. *J. Starlinger*, Mauer-Öhling.

In Nr. 12 vom Jahre 1906 dieser Zeitschrift hat Delbrück unter der Aufschrift „Zur Kostenfrage größerer oder kleinerer Krankenpavillons" an der Hand interessanter mathematischer Erwägungen neuerlich den Kostenvorteil großer Krankenpavillons gegenüber kleiner in Zweifel gezogen und dabei bedauert, daß über diese eminent wichtige Frage nicht mehr einwandfreies Zahlenmaterial vorliegt.

Diese Klage ist mehr als berechtigt und jedem, der einmal Gelegenheit gehabt hat, bei Anstaltsneubauten als Experte zu fungieren, ist sie fühlbar geworden, aber er hat sein Bedenken meist mit dem Einwurf wieder unterdrücken lassen, daß der Kostenunterschied eben zu sehr für den großen Pavillon spreche.

Die Untersuchungen Delbrücks lassen indes die Kostenfrage keineswegs so ausgemacht zu Gunsten des großen Pavillons enden, wenigstens soweit dessen bauliche Anlage in Frage kommt. Aus diesem Grunde erscheint es nicht bloß gerechtfertigt, sondern notwendig, einmal vom reinen Erfahrungsstandpunkte diese Frage zu untersuchen, um dieser Unsicherheit in den Anschauungen wenigstens teilweise ein Ziel zu setzen.

Es ist in der Tat unbegreiflich, warum nicht schon längst auf diesem Wege eine Lösung versucht wurde. Die vielen neuen Anstalten würden sicherlich Material genug liefern zu einem mehr oder weniger einwandfreien Urteile. Da nun in Mauer-Öhling die Verhältnisse ganz besonders in diesem Sinne verwertbar erscheinen, so mögen sie den ersten Beitrag liefern zur Lösung der Kostenfrage und zugleich Anregung geben, passende Verhältnisse von anderen Anstalten der Veröffentlichung zuzuführen.

Mauer-Öhling wurde in eigener Regie des Landes Niederösterreich erbaut. Jede kleinste Ausgabe wurde naturgemäß buchhalterisch genau behandelt. Die Bauleitung war während des ganzen Baues ein und dieselbe. Die Technik und Bauführung daher für alle Objekte gleichwertig.

Das durchweg ebene Anstaltsterrain hat als Untergrund eine homogene Schotterschicht, die weit unter das Souterrain noch hinunterreicht. Bei den Bauten wurde viel in Beton gearbeitet, selbst alle Tram-

böden wurden durch Beton ersetzt, da Betonschotter und Sand sich tadellos an allen Baustellen vorfand und eine Reinigung des Materials nicht erst notwendig war.

Alle Parterres liegen in gleicher Höhe über dem Erdboden. Heizanlagen, Licht- und Wasserleitungen zeigen, mit Ausnahme der Kolonie, fast identische Verhältnisse.

Selbst die Innenausstattung ist in den geschlossenen Krankenhäusern, namentlich aber bei den in Betracht kommenden Pavillons für 100 und für 50 überwachungsbedürftige Kranke, völlig gleichwertig.

Schon diese etwas skizzenhafte Darlegung der Bauverhältnisse dürfte ihre Vergleichbarkeit genügend erweisen und einen verläßlichen Schluß gestatten.

Bei den vorgenannten Objekten ergeben sich nun folgende Berechnungen:

Kaiser Franz Josef Landesheil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling.

Nr.	Baukosten der:	I*)	II**)	III***)
1.	Baumeisterarbeiten	120 968,60	53 533,00	26 526,80
2.	Heizung und Wasserleitung	8 400,—	6 000,—	(s. Hafnerarbeiten)
3.	Zimmermannsarbeiten	10 384,84	4 974,33	3 349,72
4.	Spenglerarbeiten	5 218,68	2 412,47	2 554,62
5.	Holzzementarbeiten und Isolierung	2 446,07	1 076,08 315,96	1 067,79
6.	Tischlerarbeiten	6 145,98	3 252,90	2 158,36
7.	Schlosserarbeiten	14 257,29	3 618,65	1 999,52
8.	Anstreicherarbeiten	8 220,02	3 867,68	2 278,07
9.	Malerarbeiten	1 773,71	971,08	436,92
10.	Glaserarbeiten	2 696,96	774,—	461,97
11.	Plachenarbeiten	239,40	88,10	176,50
12.	Terazzoarbeiten	7 086,57	1 410,65	1 020,98
13.	Herdlieferung	430,—	Brettelböden 3 758,18 290,—	Brettelböden 2 603,64 Hafnerarbeiten 1 408,50 Herde 185,60
14.	Diverses	350,66	—	40,62
15.	Färbelung	2 425,05	1 111,26	832,68
16.	Trottoirherstellung	1 040,80	471,56	409,08
17.	Klosetts-, Bade- und Wasserleitungsanlage	8 132,96	2 229,04	2 936,74
18.	Heizungs- und Ventilationsanlage	18 489,33	11 639,32	—
19.	Elektrische Beleuchtungs-Anlage	3 665,04	1 890,49	1 037,89
20.	Blitzableiter-Anlage	407,80	326,24	244,68
21.	Aufschriften	74,88	37,44	37,44
22.	Garten-Einfriedigung	4 300,—	1 806,80	—
23.	Verbindungsgänge	627,32	627,32	—
	Zusammen rund Kronen:	227 800,—	106 500,—	51 800,—
	Umbauter Raum m^3	15 140	6 696	3 316
	Verbaute Fläche m^2	1 287	542	429

*) I. Pavillon für 100 überwachungsbedürftige Kranke.

**) II. Pavillon für 50 überwachungsbedürftige Kranke.

***) III. Koloniepavillon, offene Abteilung für 50 ruhige harmlose Kranke.

Nach dieser Zusammenstellung ergibt sich also gegen alle Erwartung für den kleineren Pavillon eine als um die Hälfte geringere Bausumme, wie für den doppeltgroßen, oder besser gesagt, wie für den Pavillon mit doppelt so viel Krankenbetten.

So ganz ohne Korrektur ist aber dieses Resultat nicht hinzunehmen, so groß, wie es hier scheint, ist die Differenz nicht. Diese Korrekturen betreffen die Posten 7, 9, 17.

Da im Pavillon für 100 Kranke durchweg die Innenfenster der Wachsäle aus teuren, festen, kleintäfligen Eisenfenstern bestehen, sowie relativ mehr Zellen enthalten und eine doppelte Badeanlage besitzen, ist an diesem Posten bei dem Pavillon für 100 gegenüber dem Pavillon für 50 Kranke ein Abzug anzubringen, um die Vergleichbarkeit herzustellen.

Zufolge dieser Mehrauslagen ist die Bausumme des größeren Pavillons insgesamt um etwa 11000 bis 12000 Kronen zu reduzieren, so daß rund 215000 Kronen als Bausumme des größeren, 106000 Kronen für den kleineren gegenüberzustellen sind. Also noch immer eine Zahl, die größer als die doppelte Bausumme des Pavillons für 50 Kranke ist. Der Bau des kleinen Pavillons stellt sich somit billiger, als der Bau des großen und selbst, wenn man noch minutiöser bei dem gegenseitigen Abwägen der einzelnen Posten vorgehen wollte, eines glaube ich, darf man in unserem Falle sicher annehmen: „wesentlich teurer kommen die kleinen Pavillons nicht."

Die ledigen Baumeisterarbeiten kosten bei großen wie bei den kleinen beiderseits genau 7,98 Kronen per Kubikmeter umbauten Raumes. Beim ausgestatteten Objekte stellt sich das Verhältnis per Kubikmeter umbauten Raumes des Pavillons für 100 Kranke zum Pavillon für 50 Kranke, wie 15,04 Kronen zu 15,23 Kronen, also gleichfalls keine erhebliche Differenz und wieder eine Bestätigung für das vorhin ausgesprochene Resultat.

Wenn auch dieses Ergebnis der Kostenfrage zunächst für die kleinen Pavillons sprechen würde, so entscheidet sich doch damit noch immer nicht die gesamte Anstaltsanlage, d. h. ob in allen Fällen nur kleinen Krankenhäusern der Vorzug einzuräumen ist, und ob ein für alle Male über die großen Pavillons der Stab gebrochen werden soll.

Für eine Anstaltsanlage kommen eben doch noch eine Reihe anderer Punkte in Berücksichtigung, die den kleinen Pavillons nicht das Wort reden.

Vor allem erfordern die Großstädte und deren Verhältnisse eine gewisse Ausnahmsstellung. Gerade da sehen wir fast überall den „Großbetrieb" in der Irrenpflege sich entwickeln.

Sicherlich nicht ohne Grund.

Die Tausende von Geisteskranken dieser Volkszentren lassen sich eben nicht mehr in kleinen Irrenanstaltsanlagen bewältigen. Meist fehlt es für solche an dem nötigen Bauareale, bald ist nicht das genügende Wasser überall zu beschaffen, oder es kann keine entsprechende Verbindung ermöglicht werden, andererseits sträuben sich mit Recht die Bewohner gegen eine allzugroße Entfernung ihrer kranken Angehörigen.

Über diese berechtigten Forderungen, resp. Einwände kann und wird keine Kommune mehr lediglich zu Gunsten der ärztlichen Ansprüche hinwegschreiten.

Deshalb habe ich selbst immer den Standpunkt vertreten, daß wir, so sehr auch die Vorteile der kleinen Anstalten in die Augen springen, uns dennoch auch mit den großen Anstalten abfinden, ihre Fehler und Mängel besprechen und auszugleichen suchen sollten, zumal auch die große Anstalt wieder Vorteile hat, die der kleinen Anstalt abgehen. Ich erinnere da nur an die Beschäftigungstherapie. Eine größere Zahl von Beschäftigungen läßt sich nur in einer großen Anstalt mit der notwendigen Kontinuität herstellen.

Teilweise ärztliche Dezentralisation und prinzipiell kleine Abteilung gleichen wieder andere Mängel der großen Anstalt aus, wie ich aus Erfahrung bestätigen kann, und so, glaube ich, läßt sich auch für die große Anstalt ein status vivens schaffen, mit dem sich auch ärztlich befriedigend wirtschaften läßt. Aber damit soll nicht gesagt sein, daß das ärztlich besonders anzustreben ist. — Das Ideal ist und bleibt die idyllisch kleine Anstalt.

Ähnlich liegen meines Erachtens auch die Umstände bezüglich der großen und kleinen Pavillons. Nicht der große Pavillon oder das große Bauobjekt ist das absolut verwerfliche, sondern die große Abteilung. Keine Abteilung soll mehr als 25 Kranke haben, diese Zahl läßt leicht individualisieren, deckt sich passend mit dem Pflegerdienst und gewährt für Tag und Nacht auch eine vorzügliche Verteilung. Ja der große Pavillon hat andererseits, wie ich gleichfalls aus Erfahrung bestätigen kann, wieder den Vorteil, daß jederzeit ohne Schwierigkeit Versetzungen von Kranken von einer Abteilung in eine andere vorgenommen werden können.

Eine kleine Provinzanstalt mit 600 bis 800 Kranken läßt sich in kleinen Pavillons noch herstellen, das ist keine Frage, aber größere Anstalten in solche kleine Häuser auflösen zu wollen, müßte, selbst wenn genug

Bauareal vorhanden ist, wie schon Moeli*) hervorhebt, durch die ausgedehnteren Zuleitungen von Licht, Heizung, Wasser, Kanalisation, Wege, beträchtliche Mehrauslagen ergeben.

Auch die Betriebsauslagen sind nicht zu vergessen. Ein großer Pavillon erfordert relativ weniger Pflegepersonal, als ein kleiner, und die Erwärmung eines kleinen Pavillons ist nicht unbedeutend teurer. Wir haben heuer im Winter für einen Pavillon für 50 Kranke 12 Körbe Kohlen pro Tag, hingegen für einen Pavillon für 100 Kranke nur 20 Körbe gebraucht.

Nicht uninteressant ist endlich auch die Bausumme für einen offenen Pavillon der Kolonie, wenngleich sie für die vorstehende Frage nicht direkt in Betracht kommt. Sie stellt sich für die gleiche Anzahl von Betten kaum auf die Hälfte der Baukosten der geschlossenen Objekte. Auch die einzelnen Summen der betr. Zusammenstellung gewähren manche interessante Gegenüberstellung, sie findet aber hier keine nähere Ausführung, weil sie jeder Leser selbst leicht zu finden vermag.

Das Ergebnis dieser Betrachtungen würde sich demnach etwa folgendermaßen gestalten. Kleine Anstalten können und sollen durchweg kleinere Pavillons haben, und dort, wo sie sich ermöglichen lassen, sollen wir sie, als dem ärztlichen Ziele näher kommend, unbedingt vorziehen. Dagegen sollen wir den Großbetrieb, wo er eben nicht anders möglich ist, nicht prinzipiell bekämpfen, sondern uns demselben anzupassen streben. In letzterem Falle brauchen wir auch die großen Pavillons nicht glattweg zu perhoreszieren, wenigstens nicht für die Wachabteilungen. Für die offenen Abteilungen hingegen wären sie besser fallen zu lassen, nachdem sicher anzunehmen ist, daß die kleineren nicht teurer zu stehen kommen, als große. Zudem sind bei den offenen Abteilungen die zentralen Heizungsanlagen nicht nötig, auch brauchen diese kleineren Pavillons nicht erheblich auseinander zu rücken, was auch die bezüglichen Anlagen und Zuleitungen wieder erheblich mindern würde.

Solche Berechnungen über Anstaltskosten wären nach verschiedenen Seiten hin fortzusetzen, nicht bloß allein, was den Bau und die Anlage betrifft, sondern namentlich auch, wie sich der Betrieb gestaltet.

Eine Frage z. B. ist noch ganz offen: Welche Reparaturen und Abnutzung werden sämtliche großen Zentralanlagen, vorwiegend die zentralen Heizungen ergeben. Man sieht, die Feder allein tuts nicht immer, es dürfte gut sein, dieselbe auch recht oft mit dem Rechenstift zu verbinden.

*) Diese Zeitschrift, Jahrg. IV., S. 466.

Herr Geheimer Medizinalrat Dr. Haardt-Emmendingen (Baden) sendet uns folgende Ausführungen mit dem Ersuchen um Abdruck:

Irrenärztliches aus Süddeutschland.

Unter dieser Ueberschrift finden sich in Nr. 10 dieser Wochenschrift Ausführungen, die, soweit sie Baden betreffen, nicht unwidersprochen bleiben können. Von einem weniger wohlwollenden Verhalten der maßgebenden Behörden gegenüber den Anstaltsärzten kann hier keine Rede sein. Insbesondere hat das Großherzogliche Ministerium des Innern stets allen Anträgen stattgegeben, die auf Vermehrung der ärztlichen Hilfskräfte an den Anstalten hinzielten. Als Emmendingen bei der Notlage des Landes bis zur Inbetriebnahme neuer Anstalten sich als die größte und besteingerichtete Anstalt entschließen mußte, alle mit einer außerordentlichen Überfüllung einhergehenden Unzuträglichkeiten auf sich zu nehmen, stellte das Ministerium sogleich den Grundsatz auf, daß stets die Mittel zur Verfügung stehen sollten zur Gewinnung ärztlicher Kräfte sowohl, wie zur Vermehrung der Stellen des Pflegepersonals, daß in dieser Beziehung nicht die geringste Schwierigkeit erwachsen und keinesfalls gekargt werden sollte. Hiernach wurde auch gehandelt. Emmendingen war stets in der Lage, neue Hilfsarztstellen völlig ausreichend, ja über den Bedarf hinaus, einzurichten. Es war noch nicht einmal die Einhaltung eines bestimmten Zahlenverhältnisses, etwa ein Arzt auf 100 bis 120, verlangt worden. Lediglich die entstehenden Schwierigkeiten waren maßgebend; Emmendingen hätte so viele Hilfsärzte einstellen dürfen, wie es nur hätte verwenden können. Wenn es trotzdem nicht über die Zahl von zehn Ärzten, den Direktor eingeschlossen, hinausgekommen war, so lag das eben an dem gegenwärtig in Deutschland allgemein herrschenden Mangel an ärztlichen Hilfskräften. Niemals aber ist auch nur der Gedanke gestreift worden, in dieser Beziehung Geld zu sparen.

Und ganz und gar sonderbar berührt die Meinung, das Ministerium möchte die vakanten Assistenzarztstellen durch „billige Medizinalpraktikanten" versehen lassen. Daran hat selbstverständlich nie ein Mensch gedacht und denken können. Emmendingen hat allerdings von vornherein die Einrichtung von Medizinalpraktikantenstellen freudig aufgegriffen, aber nur in der Absicht und in der Hoffnung, auf diese Weise den Zuzug junger Mediziner in die Irrenanstalt zu fördern und eine gewisse Auslese für die Hilfsarztstellen zu ermöglichen. Schon im Jahresbericht 1905 schrieben wir da: Der ärztliche Dienst hat im allgemeinen keine Veränderung erfahren. Doch ist hier der Neueinstellung von Medizinalpraktikanten zu gedenken. Die Praktikanten wurden hauptsächlich den Abteilungen überwiesen, in denen die klinische ärztliche Tätigkeit überwog und sich die ausgiebigste Gelegenheit zu körperlichen Untersuchungen der Kranken ergab. Doch waren sie nicht etwa auf diese bestimmten Abteilungen beschränkt, sondern sie wurden zu allen sonstigen wichtigen Untersuchungen und therapeutischen Maßnahmen in den verschiedensten Krankenhäusern herangezogen. Auch wurde darauf gesehen, daß sie bald auf der Männer-, bald auf der Frauenseite tätig waren, so daß die hier gestellte neue Aufgabe, was die Vielseitigkeit der ärztlichen Tätigkeit, die intensive Betätigung aller Untersuchungsmethoden, die hier nötige besondere Kunst des ärztlichen und allgemein menschlichen Verkehrs mit den Kranken, nicht zum wenigsten auch das kollegiale Zusammenarbeiten anbelangt, in der Anstalt wohl als gut gelöst betrachtet werden konnte. Wir hoffen, daß sich die neue Einrichtung weiter bewähren wird, daß es uns gelingt, immer mehr Stellen zu besetzen, daß unsere Stellen für die Praktikanten ein Gegenstand der Nachfrage werden. Wir denken dabei auch daran, daß es uns auf diese Weise einmal leichter möglich sein wird, die Stellen der Hilfsärzte regelmäßiger und schneller zu besetzen und überhaupt geeignete ärztliche Kräfte der Irrenpflege stets neu zuzuführen und zu erhalten. Die Schwierigkeiten sind ja in dieser Frage außerordentlich groß, und die Anstalt ist in der Erlangung tüchtiger Kräfte vom glücklichen Zufall abhängig. Darum haben wir von Anfang an der Einrichtung der Medizinalpraktikantenzeit auch nach dieser Richtung hin für uns eine besondere Bedeutung beigelegt und uns sogleich um eine Anzahl solcher Stellen beworben. Daß wir gleich im ersten Jahre mit zwei Praktikanten rechnen konnten, die beide allerdings nur ein halbes Praktikantenjahr abzuleisten hatten, war uns ein glückliches Vorzeichen."

Was die etatsmäßigen (Oberarzt-) Stellen anbelangt, so hat das Ministerium des Innern ebenfalls keine Budgetperiode vorübergehen lassen, ohne neue derartige Stellen anzufordern. Wenn eine gründliche Verbesserung dieser Verhältnisse im großen Zuge bisher nicht möglich war, so lag das an der allgemeinen Beamtenpolitik des Landes, aus der eine besondere Regelung der Verhältnisse der Anstaltsärzte nicht ohne weiteres herauszunehmen war, sind doch hier die Ärzte direkte Staatsbeamte und in den allgemeinen Gehaltstarif eingereiht. Wir erwarten aber bestimmt, daß eine gründliche Verbesserung dieser Verhältnisse angesichts der unleugbaren Not nicht allein vom Ministerium des Innern, sondern auch vom Staatsministerium in seiner Gesamtheit durchgeführt wird.

Die Neurologie im Beginne des 19. Jahrhunderts.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Hildesheim.

(Die Fortsetzung dieses Artikels erscheint in nächster Nummer.)

Mitteilungen.

— Für den in der Zeit vom 2. bis 7. September 1907 in Amsterdam im Universitätsgebäude (Oudemanhuisport, Eingang Kloveniersburgwal bei Nr. 78 oder O. Z. Achterburgwal bei Nr. 227) stattfindenden **Internationalen Kongreß für Psychiatrie, Neurologie, Psychologie und Irrenpflege** ist soeben das zweite vorläufige Programm verschickt worden. Ueber die folgenden Themata wird ein Referat abgehalten: I. Psychiatrie, Neurologie. Neueste Theorien über den Ursprung der Hysterie. — Chronische Alkoholpsychosen mit Ausnahme der reinen Demenzformen. — Asymbolie und Aphasie. — Differentielle Diagnose zwischen Dem. Paralyt. und anderen Formen erworbener Demenz. — Kortikale Lokalisation der sensibeln Funktionen. — Herderscheinungen bei genuiner Epilepsie. — Der Labyrinthtonus. — Der Zerebellartonus. — Sekundär-Kontrakturen bei der Hemiplegie. — Myasthenia gravis und

andere Formen von Myasthenie. — II. Psychologie und Psycho-Physik. Die Psychologie der Pubertät. — Heutiger Stand der Lange-Jamesschen Theorie über die Affekte. — Unterschied zwischen Wahrnehmung und Vorstellung. — Die Sekundärfunktion. — Die Vorgeschichte der Psychopathen. — III. Irrenpflege. Die Verwaltungseinrichtung der Irrenanstalten und die staatliche Beaufsichtigung der Irrenpflege. — Das Pflegepersonal, sein Unterricht, seine Rechte und Pflichten. — Die Familienpflege und die Arbeit auf dem Lande. — Die Pflege solcher Irren, die früher mit dem Richter in Berührung gekommen sind. — Die Pflege der Alkoholisten. — Die Anwendung der Psycho-Analyse und der Psycho-Synthese bei der Behandlung der Geisteskranken. — Gesamte Fürsorge der abnormen Kinder.

Die Ausstellung wird umfassen: 1. Die von Dr. C. E. Daniëls zusammengestellte Ausstellung „Historische Dokumente, eine frühere Periode der Irrenpflege" betreffend; 2. Einsendung von Gegenständen, die heute bei der Pflege von Irren und Nervenleidenden verwendet werden. 3. Geräte, Instrumente im Gebrauche bei Laboratorien der Psychiatrie, Neurologie und Psychologie.

Vorläufiges Programm der Festlichkeiten. Empfang durch die Städtischen Behörden. Sondervorstellung im Theater. Wasserfahrt durch die Stadt. Besuch des Rijksmuseums. Empfang im Studentenverein. Ausflug nach Leyden (Besuch der Irrenanstalt „Endegeest"), Haag und Scheveningen (Festessen).

Die Kongreßkomitees setzen sich für die Besucher aus deutschen Ländern wie folgt zusammen: Deutschland: Prof. Dr. K. Alt, Uchtspringe (Sachsen). Prof. Dr. A. Cramer, Göttingen. Prof. Dr. H. Ebbinghaus, Halle a. S. Prof. Dr. O. Külpe, Würzburg. Prof. Dr. E. Meumann, Königsberg i. Pr. Prof. Dr. G. E. Müller, Göttingen. Prof. Dr. R. Sommer, Gießen. Prof. Dr. C. Stumpf, Berlin. Prof. Dr. H. Westphal, Bonn. Prof. Dr. Th. Ziehen, Berlin, Präsident. Oesterreich: Prof. Dr. G. Anton, Halle. Prof. Dr. L. F. von Hochwarth, Wien. Prof. Dr. J. Wagner von Jauregg, Wien, Präsident. Prof. Dr. C. Mayer, Innsbruck. Prof. Dr. H. Obersteiner, Wien. Prof. Dr. A. Pick, Prag. Dr. E. Redlich, Wien. Dir. Dr. J. Starlinger, Mauer-Oehling. Schweiz: Dir. Dr. P. Amaldi, Mendrisio. Prof. Dr. A. Forel, Yvorne. Prof. Dr. A. Mahaim, Lausanne. Prof. Dr. C. von Monakow, Zürich. Prof. Dr. D. W. von Speyr, Bern. Dr. Ulrich, Zürich. Prof. Dr. R. Weber, Genf, Präsident.

Der Kongreß wird am Montag den 2. September 2 Uhr Nachmittags in Gegenwart Ihrer Majestät der Königin eröffnet werden. — Anmeldungen zur Teilnahme am Kongreß (Mitgliedskarte M. 16,50, für Damen M. 8,25) und von Vorträgen werden möglichst bis 1. August an das Sekretariat des Internationalen Kongresses für Psychiatrie etc. erbeten, welches auch weitere Auskunft erteilt. Das Sekretariat befindet sich bis zum Beginn des Kongresses Prinsengracht 717, während desselben im Universitätsgebäude.

— **Wien**. Der III. Internationale Kongreß für Irrenpflege findet, wie schon mitgeteilt, unter dem Präsidium des Herrn Hofrates Professors Dr. Obersteiner vom 7. bis 11. Oktober 1908 in Wien statt.

Beitrittserklärungen zu demselben, sowie Anmeldungen von Vorträgen wollen bis spätestens 1. Juli 1908 an den General-Sekretär Dozent Dr. Alexander Pilcz in Wien, IX., Lazarettgasse 14, eingeschickt werden, welcher auch nähere Auskünfte zu erteilen bereit ist.

Das genauere Programm wird seinerzeit verlautbart werden.

Das vorbereitende Komitee für den
III. Internationalen Kongreß für Irrenpflege in
Wien 1908.
Der Präsident: Hofrat Professor Dr. Obersteiner.
Der General-Sekretär: Priv.-Dozent Dr. Alexander Pilcz.

— **Hamburg**. Zufolge dem Gesetz betr. die Gehaltsordnung der Staatsbeamten in Hamburg erhalten die ärztlichen Direktoren der allgemeinen Krankenhäuser und der Irrenanstalten 13000 Mk., die Oberärzte in St. Georg mit Friedrichsberg je 9000—11000, der 1. Oberarzt an der Irrenanstalt Langhorn 9000—11000, der 2. 5600—7400 Mk. Sämtliche Direktoren und Oberärzte dürfen konsultative Praxis ausüben.

— **Gesellschaft deutscher Nervenärzte**. Erste Jahresversammlung in Dresden am 14. und 15. September 1907. Programm: Eröffnung und Begrüßung Sonnabend, den 14. September, früh 9 Uhr durch Oppenheim-Berlin. Wahl des Vorsitzenden und des Vorstandes. Definitive Festsetzung der Statuten. Referat: Chirurgische Therapie der Gehirnkrankheiten mit Ausschluß der Tumoren. Ref. F. Krause-Berlin. — Die Hirnpunktion. Ref. E. Neißer-Stettin. — Chirurgische Behandlung der Rückenmarkshautgeschwülste. Ref. L. Bruns-Hannover. — Therapie der Cauda equina. Referent R. Cassirer-Berlin. Vorträge: Nonne-Hamburg: Differentialdiagnose des Tumor cerebri. — Schüller-Wien: Schädelröntgenographie mit Demonstrationen. — Hartmann-Graz: Beiträge zur Diagnostik operabler Hirnerkrankungen. — Sänger-Hamburg: Ueber Herdsymptome bei diffusen Hirnerkrankungen. — A. Pick-Prag: Thema vorbehalten. — 15. Sept. 9 1/2 Uhr. Aschaffenburg-Köln: Die Bedeutung der Angst für das Zustandekommen der Zwangsvorstellungen. — von Frankl-Hochwart-Wien: Ueber die Differentialdiagnose der juvenilen Blasenstörungen und das spinale Blasenzentrum. — Kühne-Kottbus: Die kontinuierliche Bezold-Edelmannsche Tonreihe als Untersuchungsmethode für den Nervenarzt. — L. R. Müller-Augsburg: Ueber die Empfindungen in unseren inneren Organen. — Kohnstamm-Königstein und Warnke-Berlin: Demonstration zur physiologischen Anatomie der Medulla oblongata. — Oppenheim-Berlin: Allgemeines und Spezielles zur Prognose der Nervenkrankheiten. — Veraguth-Zürich: Die Bedeutung des psychogalvanischen Reflexphänomens. — E. Müller-Breslau (a. G.): Ueber die Symptomatologie der multiplen Sklerose. — K. Reicher-Wien (a. G.): Kinematographie in der Neurologie.

— **Berlin.** Die Wächter der Verwahrungshäuser bei den städtischen Irrenanstalten, welche bisher nur mit Säbeln bewaffnet waren, sollen in Zukunft Revolver erhalten. Es ist jedoch mit Rücksicht darauf, daß bei dem häufigen Ausbrechen immer nur Geisteskranke in Frage kommen, der Gebrauch der Schußwaffe lediglich zum Zwecke der Verhinderung der Flucht verboten. Von der Waffe soll vielmehr nur in den Fällen Gebrauch gemacht werden dürfen, die unter den Begriff der Notwehr, besonders aber bei Hilfeleistung durch Komplizen von außen her, fallen.

— **Mannheim**, 28. Mai. In aller Stille tagte am Sonnabend und Sonntag im Ballhaus der dritte deutsche Spiritistenkongreß. (!) Die Wände des Versammlungslokals waren mit kolorierten Darstellungen von Pflanzen und Landschaften dekoriert, die als das Werk von Geistern bezeichnet wurden, deren Medien nicht die geringste zeichnerische Fertigkeit besäßen. Eine zahlreiche Auswahl spiritistischer Photographien und Litteratur lag auf. Der Privatmann Hartmann-Mannheim sprach über „Spiritismus", und der Leiter der Bewegung, Schriftsteller Rudolf Feilgenbauer-Köln über die „Kulturaufgabe des Spiritismus". Nach Feilgenbauer betrachtet sich der Spiritismus als der berufene Faktor, „die christliche Lehre durch experimentelle Forschungen zu beweisen". Bei der Abendunterhaltung sang eine Dame aus Karlsruhe im „Trance"-Zustande Lieder, während eine 13jährige Tochter ebenfalls in Trance klassische Musik tanzte. Unter dem Eindruck dieser Vorführungen verfielen einige der Zuschauerinnen gleichfalls in den Trancezustand und mußten aus dem Saal gebracht werden. (!!) (Frankfurter Ztg. 30. V. 07.)

— **Sonnenstein.** Der Direktor der Heil- und Pfleganstalt Sonnenstein bei Pirna, Geheimer Rat Dr. Weber, beging am 4. Juni seinen 70. Geburtstag. Dem um die Neugestaltung des Sonnensteins und um die Entwicklung des Irrenwesens im Königreich Sachsen hochverdienten Psychiater wurden zahlreiche Ehrungen zu teil und herzliche Glückwünsche von fern und nah dargebracht. In den Vormittagstunden überbrachte ihm Ministerialdirektor Geheimer Rat Dr. Apelt die Verleihung des Titels und Rangs als Geheimer Rat, und nachmittags 1 Uhr fand in dem Saal des unteren Frauenhauses der Anstalt ein Festaktus statt. Eingeleitet wurde die Feier durch eine Motette für Männerchor. Hierauf begrüßten den Jubilar Oberarzt Dr. Reichelt im Namen der Beamten des Sonnensteins, das Königl. Landesmedizinalkollegium durch den Leibarzt Geheimen Rat Professor Dr. Fiedler, Exz., weiterhin Anstaltsdirektor Obermedizinalrat Dr. Günther-Hubertusburg an der Spitze einer Deputation der sächsischen Irrenärzte, der ärztliche Bezirksverein Pirna durch seinen Vorsitzenden, Sanitätsrat Dr. Wulkow, Oberamtsrichter Dr. Weltz-Dresden als Sprecher einer Abordnung der forensischpsychiatrischen Vereinigung zu Dresden und die ehemaligen externen Hilfsärzte des Sonnensteins, — welche die für die staatsärztliche Prüfung (Physikatsprüfung) vorgeschriebene viermonatliche praktische Vorbildungszeit in Psychiatrie auf Sonnenstein absolviert haben —, durch Bezirksarzt Medizinalrat Dr. Rechholtz-Freiberg. Dabei wurden von den Beamten der Anstalt Sonnenstein ein zum Schmuck des neuen Festsaals bestimmtes, von Professor Sterl-Dresden gemaltes, lebensgroßes Porträt Dr. Webers, vom Landesmedizinalkollegium ein Album mit den Photographien sämtlicher Mitglieder, und von den sächsischen Irrenärzten eine künstlerisch ausgeführte tabula gratulatoria überreicht. Die ehemaligen Externen übermittelten den Grundstock zu einer Geheimer-Rat-Dr.-Weber-Stiftung, deren Zinsen hilfsbedürftigen ehemaligen Kranken der Anstalt Sonnenstein zu Gute kommen sollen. Ein Lied für Männerchor beschloß die erhebende Feier. — Oberarzt Dr. Ilberg-Großschweidnitz hatte dem Jubilar seine bei Teubner-Leipzig eben erschienene populäre Darstellung der Geisteskrankheiten gewidmet.

Möbiusstiftung.

— **Der Verein Südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte** hat auf seiner am 1. und 2. Juni in Baden-Baden stattgehabten Versammlung beschlossen, der Möbiusstiftung den Betrag von 100 M. zu überweisen. Den Gebern sei an dieser Stelle wärmster Dank abgestattet. Die Summe der bisherigen Zeichnungen beläuft sich auf 4905 M. Weitere Zeichnungen nimmt entgegen Herr Curt Reinhardt, Leipzig, Lessingstraße,

Personalnachrichten.

— **Neuruppin.** Dem Direktor der Brandenburgischen Landesirrenanstalt in Neuruppin, Sanitätsrat Dr. Selle, wurde der Rote Adler-Orden IV. Kl. verliehen.

— **Breslau.** Dem Prof. Dr. Bonhoeffer in Breslau wurde der Rote Adler-Orden IV. Klasse verliehen.

— **Colditz.** Das Offizierskreuz des Albrechtsordens wurde verliehen dem Obermedizinalrat Dr. Felgner.

— **Göttingen.** Oberarzt Dr. Knapp an der Universitätsklinik für psychische und Nervenkrankheiten hat sich für Psychiatrie und Neurologie habilitiert.

— **Frankfurt a. M.** Dr. Auerbach und Dr. Laquer wurde der Titel Sanitätsrat verliehen.

— **Sonnenstein.** Dem Direktor der Kgl. sächs. Heil- und Pfleganstalt Sonnenstein bei Pirna, Dr. Weber, wurde vom König von Sachsen Titel und Rang als Geheimer Rat, dem Oberarzt Dr. Reichelt in Sonnenstein das Ritterkreuz 1. Kl. des Albrechtsordens verliehen.

— **Prag.** Dr. Oskar Fischer wurde vom Unterrichtsministerium als Privatdozent für Psychiatrie an der medizinischen Fakultät der Prager deutschen Universität bestätigt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 14. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh Med.-Rath, Berlin. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien.) Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Kierling-Gugging (Österreich). Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft in Stärke von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz (Posen). Bahn Bentschen-Landsberg a. W.

Eine neugeschaffene **Assistenzarztstelle** ist sofort zu besetzen. Anfangsgehalt 2000 M. steigend alle Jahre um je 100 M. bis zu 2500 M. Außerdem freie Wohnung, freie Kost I. Klasse, freie Heizung, Beleuchtung und Wäsche. Nach 5 jähriger Dienstzeit in der Provinzial-Verwaltung Posen Anstellung auf Lebenszeit mit Pensionsberechtigung bis 3300 M. Anfangsgehalt und Familienwohnung. Psychiatrische Vorbildung nicht erforderlich. Meldungen an die Direktion.

An der hiesigen Provinzial-Irrenanstalt ist die Stelle eines **Anstaltsarztes** zu besetzen. Gehalt 3300 bis 5300 M. steigend alle 3 Jahre um je 400 M., ausserdem freie Dienstwohnung oder den tarifmässigen Wohnungsgeldzuschuss.

Bewerbungen, welchen die ärztliche Approbation und sonstige Zeugnisse im Original oder beglaubigter Abschrift, sowie ein Lebenslauf beizufügen sind, nimmt der unterzeichnete Direktor entgegen.

Dziekanka b. Gnesen, den 7. Juni 07.

Sanitätsrat Dr. Kayser.

An der **Irrenanstalt für katholische Kranke „Voorburg“** zu **Vucht (Holland)** ist die Stelle des

VI. Arztes

zu besetzen.

Gründliche Vorbildung in Psychiatrie und Vertrautheit mit dem Anstaltswesen erforderlich. Gehalt für Verheiratete 2400 fl. holl. (4000 M.) jährlich steigend um 120 fl. holl. (200 M.) bis 3000 fl. holl. (5000 M.) freie Familienwohnung (Gartenaussicht etc.); für Unverheiratete 2000 fl. holl. (3400 M.) jährlich steigend um 100 fl. holl. (160 M.) bis 2500 fl. holl. (4200 M.) und freie Station. Abrechnung auswärtiger Dienstjahre auf das Anfangsgehalt kann erfolgen. Bei Bewährung günstige Aussichten auf Vorrücken in höher dotierte Stelle.

Meldungen erbeten an den Vertreter des Curatoriums Oberlandes-Gerichtsrat Dr. Bosch, Herzogenbusch (Holland) der zu weiterer Auskunft gern bereit ist.

Psychiater,

33 Jahre alt, evang., ledig, über vier Jahre an bekannter Provinzialanstalt, seitdem ca. drei Jahre als zweiter Arzt (Oberarzt) an großen Privatanstalten tätig, sucht zum 1. Oktober d. J. Stellung als leitender Arzt oder einigermaßen aussichtsreiche Anstellung an öffentlicher Irrenanstalt. Gute Empfehlungen vorhanden, auch litterarisch vielfach tätig.

Offerten unter **H. 1028** an die Expedition des Blattes erbeten.

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Dr. med. Lots Kuranstalt
f. Nervöse u. Erholungsbedürf. i. A. **Friedrichroda** i. Thür.
Spez.-Behandl. bei Kongestion. Kopfschmerz. Neuralgien.

Im Ctr. des vornehmsten W. Vorortes von Berlin, ist ein mit der **Konzession zum Betriebe einer Irrenanstalt** versehenes Grundstück (geeignetes Anstaltsgebäude mit grösserem Park) **baldmöglichst** unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre: **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.



Dr. Warda, früher I. Assistenzarzt von Herrn Geheimrat Professor Dr. Binswanger in Jena, empfiehlt seine Heilanstalt für Nervenkranke

Villa Emilia

zu **Blankenburg** im Schwarzatal (Thüringen). Die Anstalt ist durch einen schönen und zweckmäßigen Neubau vergrößert und das ganze Jahr geöffnet. 987

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Ueber

die Geistesstörungen der Strafhaft

mit Ausschluss der Psychosen der Untersuchungshaft und der Haftpsychosen der Weiber.

Von **Dr. Ernst Siefert,**

leitender Arzt der Beobachtungsabteilung für geisteskranke Gefangene zu Halle a. S.

Preis M. 6,—.

Leitfaden für Desinfektoren.

Von

Professor Dr. G. Sobernheim,

Halle a. S.

Preis Mk. 0,40.

Der Warenhausdiebstahl.

Von Sanitätsrat Dr. **L. Laquer,** Nervenarzt in Frankfurt a. M.

Preis 1,— Mk.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien)
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 14. 29. Juni 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Casuistisches zum Nervenaufbrauch.

Von Prof. Dr. *Edinger*, Frankfurt a. M.

Die Überzeugung, daß die Lokalisation der meisten peripheren und zentralen Nervenkrankheiten durch die Funktion selbst bedingt wird, ist keineswegs eine allgemeine. Es verlohnt deshalb durchaus, immer wieder Fälle beizubringen, welche besonders klar in diesem Sinne sprechen. Für den, der auf dem eingangs erwähnten Standpunkt steht, bedarf es allerdings solcher Fälle nicht mehr. Die Praxis führt ihm täglich Beweise zu, weil er, und das kann nicht intensiv genug hervorgehoben werden, bei jeder einzelnen Beobachtung untersucht, aus welchen Gründen ein etwaiger Ausfall so und nicht anders lokalisiert ist. Ohne solche spezielle Nachforschung bleibt die Mehrzahl der Beobachtungen steril.

1. Seit meiner letzten ausführlichen Mitteilung*) sind auf meine Veranlassung wiederholt die Sehnenreflexe nach schweren Anstrengungen untersucht worden. Existiert der postulierte Aufbrauch, so mußten sie gelegentlich schwinden. In der Tat fand S. Auerbach, daß von 39 Radfahrern zehn die Kniesehnenreflexe nach einem Rennen vorübergehend verloren. Viermal waren sie ungewöhnlich gesteigert. Diese Steigerung tritt, wie ich selbst an Läufern gefunden, sehr bald auf und ist wahrscheinlich ein Vorläufer des Untergangs. Von zwölf Teilnehmern eines 100-Kilometer-Marsches konnte Schilling bei acht eine hochgradige Abschwächung, bei einem den totalen Verlust konstatieren, und Ökonomakis, welcher auf meine Bitte 14 Marathon-Läufer bei den olympischen Spielen untersucht hat, sah bei vier die Sehnenreflexe verschwunden bei vier schwach geworden, bei den anderen Erhöhungen. Ähnliches hatten übrigens schon vor Jahren Knapp und Thomas bei einem 40-Kilometer-Lauf in Amerika festgestellt.

*) Deutsche med. Wochenschrift 1904 Nr. 45, 49, 52, 1905 Nr. 1 u. 4.

2. Über deutlichen Aufbrauch eines peripheren Nerven konnte aus meiner Beobachtung Lilienstein berichten. Bei einer blutarmen Telephonistin erlahmte und schwand hochgradig die Handmuskulatur, welche den schweren Hörer viele Stunden lang halten mußte. Nach Einführung von Kopfhörern trat Heilung ein.

3. Schon in meiner ersten Mitteilung glaubte ich Bleilähmungen als funktionellen Aufbrauch bei durch Blei geschädigtem Boden ansprechen zu dürfen. Den dort beigebrachten Tatsachen kann ich heute zwei, durchaus in gleichem Sinne sprechende, beifügen. Einmal den bereits von Lilienstein veröffentlichten Fall einer Letternschleiferin. Hier war Ulnaris- und nicht Radialis-Lähmung eingetreten. Als Ursache konnte nachgewiesen werden, daß die Letternschleifer wesentlich die Ulnaris-Muskulatur anstrengen. Und dann sah ich einen Fall, der fast die Beweiskraft eines Experimentes hat. In unserer Poliklinik wurde in langer Kur ein bleikranker Anstreicher von seiner rechtseitigen Radialis-Lähmung geheilt. Noch zu schwach in der Hand, um den Ölfarbenpinsel zu führen, welcher beim Streichen fast ausschließlich durch die Radialis-Muskulatur dirigiert wird, nahm er das Anstreichen mit Wasserfarben auf. Dabei wird eine schwere besenartige Bürste mit der Hand festgehalten — keine geringe Kraftleistung — und mit ihr im wesentlichen aus dem Schultergelenk gestrichen. Bei diesem Mann trat nun bald Parese und ziemlich hochgradige Atrophie der ganzen Handmuskulatur ein. Bei einem Bleikranken war also zuerst die Radialis-Muskulatur erlahmt, so lange sie stark angestrengt wurde. Sie war geheilt. Es waren aber dann Ulnaris- und Medialis-Lähmungen auf-

getreten, als an diese Nerven besondere Anforderungen gestellt wurden.

4. Die Augenärzte sind bekanntlich ätiologisch befriedigt, wenn sie in einem Falle von Pupillar-Lähmung vorausgegangene Syphilis nachweisen können. Ich habe schon früher darauf hingewiesen, daß die Syphilis allein ätiologisch nicht ausreicht, und ein im Dezember 1906 mir vorgekommener Fall, den mehrere Augenärzte gesehen hatten, beweist, daß neue Fragen und präzise Aufklärungen erwachsen, wenn man sich auf den Standpunkt der Aufbrauch-Theorie stellt. Es ergab sich nämlich, daß ein Patient, der außer seiner fast totalen Pupillenlähmung keine Nervenstörungen bot, am Tage bevor die Erkrankung aufgetreten war, viele Stunden auf hellglitzernden Schneefeldern der Jagd obgelegen hatte. Die Pupillen des Syphilitischen haben dieser enormen Kontraktions-Anstrengung nicht stand gehalten. Ueber ähnliche Fälle habe ich früher berichtet, und ich zweifle nicht, daß bei richtiger Art des Fragens ihre Zahl sich rasch mehren wird.

5. Auch auf dem Gebiet des zentralen Aufbrauchs sind mir wieder eine große Anzahl interessanter Beobachtungen vorgekommen, ich will sie aber zurückstellen, um hier im Auftrage von Dr. Loewenthal in Braunschweig zwei Fälle von einseitiger Ataxie bei Tabes zu erwähnen. Es sind typische Tabiker mit allen Erscheinungen. Der eine, ein Kapellmeister, steht täglich mehrere Stunden beim Dirigieren mit der Körperlast auf dem rechten Beine. Jetzt kann er wegen hochgradiger Ataxie desselben auf diesem überhaupt nicht mehr stehen. Links ist die Ataxie nur unbedeutend. Auch die sonst typischen Sensibilitätsstörungen sind am rechten Beine viel stärker als links. Der zweite, ein Bahnbeamter, hat mehrere Jahre vor Ausbruch der Tabes sein rechtes Knie gequetscht und schont dieses. Jetzt, wo er typisch tabisch ist, ist der Sehnenreflex auf der Seite des geschonten Beines noch vorhanden; er ist also nur auf dem linken, das überwiegend benutzt wurde, geschwunden.

6. Schließlich darf ich es als eine willkommene Bestätigung der Aufbrauch-Theorie bezeichnen, daß vor kurzem Witmaak durch fortgesetzte Geräusche bei Tieren das klinische und anatomische Bild der progressiven nervösen Ertaubung erzeugen konnte. Dieses Leiden, welches bekanntlich familiär auftritt, hatte ich früher schon zu den Aufbrauchkrankheiten bei angeborener zu schwacher Entwicklung eines einzelnen Nerven gestellt.

Die Neurologie im Beginne des 19. Jahrhunderts.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Hildesheim.

(Fortsetzung.)

Über den Veitstanz, der sich schon seit Jahrhunderten eines hohen Ansehens erfreute, wußte man in klinischer Beziehung wenig neues beizubringen, mit größerem Interesse schon beschäftigte man sich mit dem „widernatürlichen Beben der Augenlider, auch Augenwinken oder Nictitatio genannt", das man bei schwachen und reizbaren Leuten, die an Nervenkrankheiten litten, wie auch bei Säufern konstatierte. Die Therapie war ebenso vielseitig wie wenig erfolgreich und oft mußte man zu guter Letzt die Nervendurchschneidung vorschlagen oder man griff zum glühenden Eisen.

Ebensowenig war man mit seinen Erfolgen beim Gesichtsschmerz, dem Tic douloureux, zufrieden, der zur Zeit seiner höchsten Wut auch durch die leiseste Berührung aus dem Schlaf geweckt wurde. Die schlimmsten Erscheinungen sah man in seinem Gefolge. Daß nach ihm eine Melancholie sich einstellte, wird man ihm wohl zubilligen können, aber wenn die damaligen Ärzte auch eine Verhärtung der Drüsen des Unterleibes und Krebs des Halses in seinen Spuren wandeln sahen, können wir uns ihnen nicht mehr anschließen.

Lentin hatte 1800 innerhalb 27 Jahren 14 solche Kranke zu behandeln und sah das um so mehr als ein Unglück an, als er nicht zu sehr auf seine therapeutischen Erfolge pochen konnte! „Ich bitte, nicht zu früh Sieg zu rufen, denn dieser Feind kehrt auch, und oft stärker zurück." Um so erfreuter war Rademacher (1796), als sich nach energischer Darreichung von Akonit und Sassafras ein Herpes bildete, der einem Abszesse am harten Gaumen Platz machte, worauf die ersehnte Heilung eintrat.

Auch mit dem Flimmerskotom, dem schon 1791 eine längere Monographie gewidmet worden war und das man damals den falschen Schwindel benannte, beschäftigte man sich gern. Kortum, der Urahne des beliebten Dalldorfer Psychiaters, schilderte dies Phänomen in außerordentlich anschaulicher Weise. Als Ursache sah er unter andern zu

dünne und leichte Westen; in selteneren Fällen eine zu dünne Bekleidung der oberen Extremitäten. Wie gut die Ärzte jener Zeit beobachteten, zeigt auch die plastische Schilderung, die Herz 1797 dieser Erscheinung zu teil werden läßt und die sowohl den Erscheinungen von seiten des Sehorgans wie des Nervensystems vollkommen gerecht wurde. Er nannte es den partiellen oder topischen Schwindel und fand ihn am meisten bei hysterischen und reizbaren Personen nicht nur bei Überfüllung oder Leere des Magens, sondern auch bei Abnormitäten der Zeugungsorgane, „denn der Same steht mit dem Sehorgane in vorzüglichster Verbindung".

Die längsten Krankengeschichten hatte natürlich die Nährmutter der Nervenärzte, die Hysterie auf dem Gewissen, die zwar unter den mannigfachsten Verkappungen und fast immer verhüllt durch den Schleier der Anonymität durch die Spalten des Journals schreitet, im übrigen aber schon damals die mannigfachen Symptome zeitigte, die heute dem wohlbeschlagenen Nervenarzte die glänzende Diagnose ermöglichen und ihm jahrelang den Beutel mit güldenen Dukaten spicken.

Pikiert berichtet Stieglitz 1797 „über eine Unfähigkeit von Dauer im Stehen und Gehen ohne Lähmung und Verunstaltung", die sich damals noch nicht des wohlklingenden Namens der Abasie-Astasie erfreute. Eine junge Demoiselle von 17 Jahren, die früher schon häufig an allen möglichen nervösen Symptomen gelitten hatte, bekam häufig Nervenzufälle am Fuße, an dem früher eine Fontanelle gesessen hatte, auch litt sie an enormem Meteorismus. Unzufrieden erklärte Stieglitz, die mannigfachen Übel der Kranken bildeten kein ganzes, und so berichtete er „nur rhapsodisch" die einzelnen Punkte. Sie aß unglaublich wenig und nahm trotzdem zu, sie litt an periodisch auftretendem Fieber und schließlich bekam sie auch noch eine Lähmung bis zum Fußgelenk, und konnte doch noch sitzend alle Bewegungen ausführen. Das Bein wurde nicht atrophisch und als man ihr eine Moxe setzte, bekam sie noch dazu konvulsivische Zufälle. Nach allen möglichen Versuchen hatte der Autor nur noch Vertrauen zu gut ausgedachten, allmählich fortschreitenden, oder an einer Stunde des Tages ausgesetzten Übungen im Gebrauche der Füße.

Auf hysterischem Boden bewegt sich auch Rensers „Geschichte einer merkwürdigen Nervenkrankheit als Folge einer vor drei Jahren erlittenen nervösen Apoplexie" (1804). Es handelte sich um eine linksseitige Lähmung mit linksseitiger Taubheit, die nach einer Erregung eingetreten war und ebenso plötzlich wieder verschwand und Amnesie zurückließ. Da der Kranke mehrere solche Anfälle hatte und eine starke geistige Begabung aufwies, „hätte man an ‚Betrug' denken können", Renser taufte diese Krankheit, in der der Kranke zusammenhängend delirierte und jedes Delirium an das zuletzt verflossene anknüpfte, Amentia partialis.

Über die Macht der psychischen Infektion berichtet Hildebrand (1800) tief erstaunt, als er die „Heilkünste" der Vitriolsäure in Nervenkrankheiten preist. Wie es unsere hysterischen und epileptischen Verbrecherinnen auch heutzutage noch gerne tun, verfiel ein Weib, als sie in Haft gebracht werden sollte, in Zuckungen, die sich auch später zur Zeit der Menses wiederholten. Umsonst waren die Asandpillen, umsonst die Zimmettinktur. Jetzt legte man eine zweite Kranke hin, die ähnliche Anfälle aus boshafter Leidenschaft bekommen hatte. Nun konzertierten die beiden in ihren Zuckungsanfällen und als man sie schließlich trennte, lauerten sie trotz ihrer Angst vor Anfällen durch die Öffnungen des Zimmers aufeinander. Mit Recht hält der würdige Autor diese „Begierde nach schaudervollen Empfindungen" für eine Seelenkrankheit. „Einige Wütige unterhalten sich gerne mit dem Hunde, der sie ins Unglück gestürzt hat, und viele Menschen wohnen gerne öffentlichen Züchtigungen bei, obgleich ihnen der Anblick Wehmut bereitet." Baldrian und Zinkblumen versagten, zuletzt stieg während der Zuckungen durch Vomituation ein blutiger Chymus aus dem Munde auf. Nur der unterdrückte Gebärmutterfluß konnte also schuld daran sein. Vitriolsäure heilte endlich das grimmige Leiden, bloß ein Kopfzittern blieb bestehen „aus wahrhaft indirekter Schwäche". Auch einen „schrecklichen Veitstanz und fürchterliche Selbstbefleckungszuckungen" heilte die Vitriolsäure. Ob diese heilsame Wirkung dem Sauerstoffe zuzuschreiben sei, „überließ er dem Urteile scharfsinniger Ärzte". Sich selbst scheint er das Epitheton auch gegönnt zu haben, denn behaglich berichtet er: „Ich würde auf die lächerlichste Art täuschen, wenn ich behauptete, alle Krankheiten zu heilen, doch schmeichele ich mir, sehr viele Nervenkrankheiten zu mildern". Heutzutage denkt man über so etwas wohl nach, aber man setzt es nicht in die Fachzeitschriften.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **XVII e Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France** et des Pays de langue Française. Genève et Lausanne — 1 er—7 Août 1907.

Programme:

Genève. Jeudi 1 er Août: Matin: Séance d'inauguration. Après-midi: 1 er Rapport. M. Gilbert Ballet: L'expertise médico-légale et la question de responsabilité. — Discussion. Soir: Promenade en bateau et diner sur le lac. — Vendredi 2 Août: Matin: Séance à l'Asile de Bel-Air. Communications diverses. Après-midi: 2 e Rapport. — M. Antheaume: Les psychoses périodiques. — Discussion. Réunion du Comité permanent. Samedi 3 Août: Matin: Communications diverses. — Démonstrations anatomiques et projections. Après-midi: Communications diverses. Réunion du Congrès en Assemblée générale. Dimanche 4 Août: Pas de réunion officielle. Les congressistes iront à Divonne-les-Bains (Ain) ou à Evian-les-Bains (Hte-Savoie), où des réceptions sont organisées par les établissements hydrothérapiques de ces stations.

Lausanne. Lundi 5 Août: Matin: Séance au Palais de Rumine. 3 e Rapport. — MM. Glaude et Schnyder: Nature et définition de l'hystérie. — Discussion. Après-midi: Asile de Cery-sur-Lausanne. Dernière séance. — Communications diverses. Collation offerte par l'Asile. Départ pour Montreux-Territet. Mardi 6 Août: Excursion à Glion, Caux, Rochers de Naye. Déjeuner à Caux. — Diner au Kursaal de Montreux. Mercredi 7 Août: Excursion dans la Gruyère. — Réception par l'Asile de Marsens (près Bulle). Dislocation du Congrès. Le Congrès comprend: 1° Des Membres adhérents (Docteurs en médecine). 2° Des Membres associés (Dames, membres de la famille, étudiants en médecine, présentés par un membre adhérent). Les Asiles qui s'inscrivent au Congrès figurent parmi les membres adhérents. Le prix de la cotisation est de: 20 francs pour les Membres adhérents; 10 francs pour les Membres associés. Prière d'adresser sans retard à M. le Dr. Long, secrétaire général du Congrès, 6, rue Constantin, Genève: 1° Les adhésions et le montant des cotisations; 2° Les titres et résumés des communications. Un programme plus détaillé avec des indications pour les hôtels, excursions, etc, sera envoyé à la fin de juin aux adhérents déjà inscrits et aux médecins qui en feront la demande. Les membres adhérents et associés inscrits recevront en même temps un formulaire à remplir pour les demandes de billets de réduction sur les chemins de fer francais (réduction 50%, durée: 25 juillet-15 août). Ce formulaire avec l'indication du trajet à parcourir jusqu'à Genève (gare du P. L. M.) devra revenir au Secrétariat général avant le 10 juillet.

— **München.** Ein Unfall in der Psychiatrischen Klinik. (Landgericht München I.) Am Abende des 10. Februars 1907 wurde der Tagelöhner Michael Brandl, welcher an delirium tremens litt, in der Psychiatrischen Klinik in der Nußbaumstraße hier aufgenommen und ihm als Beruhigungsmittel ein warmes Bad (35° C) verordnet. In die Badezelle verbracht, in der sich vier Badewannen befinden, zeigte sich der Kranke sehr aufgeregt. Erst morgens um ½6 Uhr konnte er von dem Wärter Scharf in das Bad gebracht werden. Der Kranke wollte jedoch drinnen nicht bleiben, der Wärter verhinderte ihn jedoch am Heraussteigen und ließ, um ihm eine bequeme Lage zu verschaffen, einen Teil des Badewassers ab. Früh 6 Uhr wurde Wärter Scharf durch den Krankenwärter Joseph Wenzel, der fünf Tage zuvor als Bediensteter der Psychiatrischen Klinik aufgenommen worden war, abgelöst. Inzwischen war in den Baderaum ein zweiter Kranker gebracht worden, welchem das Badewasser in seiner Wanne als zu kalt erschien. Die Badewannen in der Psychiatrischen Klinik sind so eingerichtet, daß die, die Zufuhr von heißem und kaltem Wasser regelnden Hähne nicht an der Badewanne angebracht sind, sondern es befinden sich die Wasserleitungshähne in einem verschlossenen, an der Wand angebrachten Kästchen, und zwar je vier Hähne für zwei Badewannen. Um dem Verlangen des neben dem Brandl in der Badewanne befindlichen Kranken nachzukommen, öffnete Krankenwärter Wenzel den Heißwasserhahn,*) versehentlich aber jenen, welcher die Zufuhr von Heißwasser in die Wanne des Brandl vermittelte, und das ungefähr 80° C heiße Wasser ergoß sich in die Badewanne des Brandl. Er wollte aus der Badewanne herausspringen. Der Wärter Wenzel, in der Meinung, der Kranke bekomme einen neuerlichen Anfall, hielt ihn mit Gewalt in der Badewanne fest und übersah dabei, wie heiß das Badewasser war. Im beiderseitigen Ringen vergingen einige Minuten. Als man Brandl aus der Badewanne heraushob, hing ihm die Haut in Fetzen vom Leibe, nach einigen Minuten starb er. Als Todesursache wurde Verbrühung festgestellt.

*) Nach dem Bericht der „Münchener Zeitung" vom 7. Juni 1907 über denselben Vorfall war der aufgedrehte Hahn mit der Aufschrift „Warm" versehen. Wenn das zutrifft, erscheint es ganz unfaßbar, wie eine Wasserleitung, deren Inhalt ungefähr 80° Celsius hat, die Bezeichnung „Warm" tragen kann. Im Hinblick darauf dürfte das Verschulden des Pflegers sich noch wesentlich verringern, denn wenn er auch über die Handhabung des Bades instruiert worden ist, so mußte doch diese falsche Bezeichnung, die er beständig vor Augen hatte, bei ihm die Vorstellung aufkommen lassen, daß es eben nicht heißes, sondern warmes Wasser ist, das beim Oeffnen des Hahnes in die Wanne fließt, und mußte die Sorglosigkeit notwendig zur Folge haben. Es ist das nicht der erste Fall von Verbrühung, der in Krankenhäusern durch diese falsche Benennung der Heißwasserleitung zum mindesten mit verursacht worden ist. Ich habe bei einem ähnlichen traurigen Ereignis, Jahrg. VIII, S. 71, schon darauf hingewiesen. Wenn es gelungen ist, zur Vermeidung von Verwechslungen und Irrtümern bei der Messung der Körpertemperatur Fiebernder in Krankenhäusern die ausschließliche Benutzung der Celsius-Thermometer (statt der Thermometer mit Réaumur- und Celsius-Skala) einzuführen, so dürfte es doch ein Leichtes sein, jene irreführende Bezeichnung an den Badeeinrichtungen endlich zu beseitigen im Interesse der Kranken. Red.

Der wegen fahrlässiger Tötung angeklagte Wenzel, der früher einige Zeit in der Irrenanstalt Gabersee als Wärter bedienstet war und nunmehr als Tagelöhner arbeitet, mußte zugeben, mit der Instruktion über das Baden von Kranken vertraut gemacht worden zu sein. Hiernach darf der Kranke erst ins Bad gebracht werden, wenn das Badewasser bereits in demselben sich befindet. Ist das Nachfüllen von heißem Wasser erforderlich, muß der Kranke die Badewanne verlassen und darf erst nach dem Nachfüllen des heißen Wassers wieder in die Badewanne zurück. Bei dem Einhalten dieser Instruktion wäre also ein Unfall, wie der vorgekommene, nicht möglich. Dagegen behauptet Wenzel, wie zwei andere zeugenschaftlich vernommene ehemalige Krankenwärter, daß eine Verwechslung der Hähne für die verschiedenen Badewannen leicht möglich sei. Im übrigen gesteht Wenzel die unglückselige Verwechslung zu. Wenzel wurde zur Gefängnisstrafe von einem Monat verurteilt und als Strafmilderungsgrund bezeichnet, daß nach Ansicht des Gerichts die Vorrichtung der Zuleitung von kaltem und heißem Wasser keine besonders praktische ist und zur Verwechslung leicht Anlaß geben könne, wenn nicht ein besonders geschultes Personal vorhanden sei. (Münch. Neueste Nachrichten. 7. VI. 07.)

— **Zum Kapitel: Gesundbeten.** Zwei Todesfälle in der Stadt New York haben wieder die öffentliche Aufmerksamkeit auf das heillose Wirken der Gesundbeter gelenkt, und es steht zu erwarten, daß die Behörden dazu Stellung nehmen werden. In dem einen Fall handelte es sich um eine Frau McBride, die infolge Lungenentzündung gestorben ist. Sie war eine Anhängerin der „Christlichen Wissenschaft". Eine Jury des Coroners-Amts — der Coroner ist der städtische Leichenbeschauer — untersuchte den Todesfall und tadelte in ihrem Verdikt den Mann der Verstorbenen dafür, daß er es unterlassen hatte, einen Arzt zu konsultieren. In dem zweiten Fall handelt es sich um ein sechsjähriges Mädchen, das gleichfalls an Lungenentzündung starb. Sein Vater sagte vor der Coroners-Jury aus, daß er vor elf Jahren Anhänger der Christian Science geworden sei. Er erklärte auf Befragen, daß er bereits Frau und zehn Kinder durch den Tod verloren habe. Fünf Mitglieder der Familie starben unter der Behandlung von Gesundbetern. Auch im vorliegenden Falle rief er keinen Arzt herbei. Er erklärte direkt, daß er Aerzte als ein Ueberbleibsel des dunklen Zeitalters betrachte. Beide Fälle zeugen von einem haarsträubenden Fanatismus der überzeugten Gesundbeter. Auch in dem Fall des Kindes sprach die Jury, wie in dem ersten Fall, die Ansicht aus, daß das Kind am Leben geblieben wäre, wenn ihm sachgemäße ärztliche Behandlung zu Teil geworden wäre. Diese beiden eklatanten Fälle dürften dazu führen, daß ein Gesetz erlassen wird, welches die Heranziehung von Aerzten in Krankheitsfällen anordnet. Als Antwort auf den von der Coroners-Jury im Falle der Frau McBride ausgesprochenen scharfen Tadel haben die Gesundbeter durch das Christian Science Publication Committee eine Erklärung erlassen, in welcher der Vorwurf gegen den Gatten der Verstorbenen zurückgewiesen wird, indem behauptet wird, daß die Kranke selbst jede ärztliche Behandlung abgelehnt habe. Weiter heißt es in der Erklärung, daß nach Ansicht vieler Aerzte, unter ihnen Professor Osler an der Oxford-Universität, gerade bei Lungenentzündung Medikamente absolut schädlich seien und daß die verschiedenen ärztlichen Schulen sich bezüglich der richtigen Behandlungsmethoden in den Haaren lägen. Aus statistischen Aufstellungen wird dann angeführt, daß die Sterberate im Staate New York 8 pro 1000, unter den Gesundbetern aber nur 4,01 pro 1000 betragen habe. Die Erklärung tritt jenen scharf entgegen, die ein Vorurteil gegen die Christian Science haben und weist auch die Behauptung, daß Kranke in unheilbaren Fällen an Aerzte verwiesen würden, mit der Bemerkung zurück, daß es jedem Patienten freigestellt sei, einen Arzt zu Rate zu ziehen oder nicht. Die Erklärung schließt mit der Bemerkung, daß die Gesundbeter oder Anhänger der Christian Science auch halbwegs vernünftige Menschen seien, und wenn sie krank seien, ebenso, wie andere möglichst schnell wieder gesund werden wollten. Wenn sie aber die Heilmethoden der Christian Science vorzögen, dann wählten sie die Behandlung, die sie nach ihrer ehrlichen Ueberzeugung schneller als irgend eine andere Behandlung gesund mache! (Berl. Börsen-Zeitung. 30. V. 07.)

— **Oesterreichische kriminalistische Vereinigung.** Sitzungen in Wien am 1., 15. und 22. Februar 1907. Diskussion über die Behandlung der geistig minderwertigen Verbrecher.

Gerichtspsychiater Doz. Dr. Raimann leitet die Diskussion durch einen Vortrag ein, in welchem er den gegenwärtigen Stand der Frage eingehend darstellt. Besonders sorgfältig behandelt er die Frage der jugendlichen Minderwertigen. Die bisher gegen Verwahrlosung der Jugend ergriffenen Maßnahmen sind für die zwei Gruppen, die unterschieden werden müssen, nämlich für die äußerlich Verwahrlosten und die defekt Veranlagten, identisch. An den Aufnahmsbestimmungen für die an zwei österreichischen Gefängnissen (Prag und Marburg) bestehenden Jugendabteilungen für Verbrecher zwischen 14 und 24 Jahren setzt Vortr. aus, daß sie nur nach rein juristischen Kriterien geregelt seien. In den sogen. Besserungsanstalten (Aufnahme bis zum 18. Jahre, oberste Detentionsgrenze: 20. Jahr) wird gleichfalls der psychopathologische, der ärztliche Standpunkt nicht berücksichtigt. Auch in Deutschland steht es bezüglich der Zwangserziehung nicht viel besser als in Oesterreich. Vortr. plädiert für die Verschmelzung der Jugendabteilungen der Gefängnisse mit den Besserungsanstalten, welche den ärztlichen Forderungen entsprechend zu reformieren wären. Worin die Reformen zu bestehen hätten, setzte Vortr., auf englische und amerikanische Vorbilder verweisend, genau auseinander. Die Strafe in der bisherigen Form sei bei den jugendlichen Minderwertigen nicht am Platze. — Bezüglich der erwachsenen Minderwertigen betont Vortr. die große Gemeingefährlichkeit, welche die jetzt häufig geübte

Milde, namentlich Freisprüche, sehr bedenklich erscheinen läßt. Unter Hinweis auf Koch, der schon 1881 besondere Anstalten für die gemeingefährlichen Minderwertigen gefordert hat, führt Vortr. aus, daß namentlich der Forderung der unbestimmten Detentionsdauer, im Gegensatze zur begrenzten Strafdauer, entsprochen werden müsse. Als nächste Forderung für die jetzigen Verhältnisse verlangt er mit v. Wagner die Errichtung von Kriminalasylen, Staatsirrenanstalten, in welche die hochgradigen Minderwertigen einzuweisen wären. Nach seiner Berechnung käme man mit einer ganz kleinen Anzahl von solchen Kriminalasylen aus. Die Einweisung der betreffenden Minderwertigen in diese Asyle sei durch eine engere Fassung des Begriffes der Zurechnungsfähigkeit erreichbar; während heute die Grenze für die Zurechnungsfähigkeit zwischen die Geisteskranken und die Minderwertigen falle, müßte sie dann zwischen den Minderwertigen und den Gesunden gezogen werden.

Ober-Staatsanwalt Hoegel führt aus, daß er sich gegen die Dreiteilung wenden müsse. Es sei kein Vorteil, wenn an Stelle einer Grenze zwei fließende Grenzen treten. Ein Psychiater habe auf dem letzten deutschen Juristentag erklärt, man könnte nach den von Kahl angeregten Sätzen jeden Delinquenten als minderwertig qualifizieren. Redner wendet sich entschieden gegen die Praxis, aus der Natur des Deliktes selbst auf psychische Anomalie zu schließen, verteidigt schließlich die Grundsätze des geltenden Strafrechtes, verwirft Erziehungsanstalten, fordert eine gründliche Reform des Strafvollzuges.

Hofrat Prof. Dr. v. Wagner führt zunächst aus, daß die mildere Bestrafung gewisser Gruppen von minderwertigen Verbrechern sinnlos ist, zeigt dies an Beispielen. Andererseits müsse auf Fälle verwiesen werden, in denen jede Strafe sicher ein schweres Unrecht ist. Was die Sexuell-Personen betreffe, ließe sich im Rahmen des geltenden Strafgesetzes leicht Wandel schaffen — durch Abschaffung einiger weniger zweckloser Paragraphen. Die verm. Zurechnungsfähigkeit könne dagegen nicht in das jetzige System hineingeschoben werden. Bei der Behandlung der gemeingefährlichen Minderwertigen, jener gegen jede Strafe refraktären Leute, müsse man vor allem an den Schutz der Gesellschaft denken; Vortr. verweist bezüglich der seiner Meinung nach zu empfehlenden Maßnahmen auf seine Vorschläge in der Enquête über die Reform des Irrenwesens.

Prof. Dr. Löffler opponiert hinsichtlich der Dreiteilung den Ausführungen Hoegels und führt aus, daß man mit dem Prinzip der Strafe nicht ganz brechen könne, wenn man auch nicht, wie Hoegel, zu sehr auf der Vergeltungstheorie fuße. Vortr. wäre für die Kompromißvorschläge der J. K. V. — Juristen und Psychiater müssen darnach trachten, gemeinsam Grenzlinien zu konstruieren, wenn auch die Uebergänge fließende seien.

Primararzt Dr. Berze betont, daß der Ausdruck: geistige Minderwertigkeit, keineswegs eine Gradbestimmung der geistigen Defekte enthält, daß somit die geistig Minderwertigen in strafrechtlicher Beziehung ganz verschieden zu beurteilen sind und daher, wenn über die Behandlung der geistig minderwertigen Verbrecher diskutiert wird, zunächst immer möglichst genau festzustellen ist, welche Gruppe der Minderwertigen Gegenstand der Erörterung ist. Die Minderwertigkeit kann 1. strafrechtlich ganz irrelevant sein, 2. eine Verminderung der Schuld bedingen, 3. so hochgradig sein, daß sie einer exkulpierenden Geistesstörung gleichzusetzen ist; und von ganz besonderem Interesse ist eine 4. Gruppe, die gewissermaßen zwischen der 2. und 3. Gruppe rangiert, die Gruppe der dubiosen Fälle, d. h. derjenigen Fälle, von denen nicht mit Sicherheit zu sagen ist, ob für sie noch Zurechnungsfähigkeit mit verminderter Schuld oder schon Unzurechnungsfähigkeit anzunehmen ist. Die eigentliche „Minderwertigen-Frage" betrifft die 2. Gruppe. Hinsichtlich dieser Gruppe sollte der Psychiater nicht allzu hohe Forderungen an das Strafrecht stellen, und in der Vertretung von Reformvorschlägen, die zur Erreichung der Grundforderung nicht unbedingt nötig sind, nicht zu weit gehen. So sollte der Psychiater nicht hartnäckig auf dem Standpunkte verharren, daß die Dreiteilung (zurechnungsfähig — vermindert zurechnungsfähig — unzurechnungsfähig) an Stelle der Zweiteilung unbedingt nötig sei, wenn gezeigt wird, daß das Grundpostulat: Anpassung der Repression an die geistige Eigenart des minderwertigen Verbrechers, auch im Rahmen der Zweiteilung erreicht werden kann. Auch muß sich namentlich der Psychiater darüber klar zu werden trachten, daß nicht alles vom Strafrecht verlangt werden darf, sondern daß es in Sachen der Minderwertigen in bedeutendem Maße auch auf zivil- und verwaltungsrechtliche Maßnahmen ankommt; wer dies verkennt, trägt zur Verwirrung der an sich schwierigen Frage der strafrechtlichen Behandlung der gemeingefährlichen minderwertigen Verbrecher bei. Hinsichtlich der 4. Gruppe („Dubiosen-Frage") pflichtet Vortr. den Ausführungen des Herrn Doz. Dr. Raimann ganz bei, drückt aber die Befürchtung aus, daß daraus allein, daß man diese Personen für unzurechnungsfähig erklärt, kein zureichender Grund für ihre längere Detention in einer Irrenanstalt abgeleitet werden kann. Man sollte die Detention nicht durch Erborgung des Titels: geisteskrank, motivieren; wenn man halbe Maßregeln vermeiden will, muß die Detention notorisch gemeingefährlicher Minderwertiger ermöglicht werden, ohne daß zur Konstruktion einer Psychose s. str. gegriffen werden braucht.

Ober-Staatsanwalt Dr. Hoegel findet, daß die vorhandenen Bestimmungen für die Behandlung der Minderwertigen ausreichen. Gegenüber den Forderungen der Psychiater müsse die Bedeutung der Generalprävention betont werden. Gegen Löffler erklärt Vortr., er sei nur in dem Sinne Anhänger der Vergeltungstheorie, daß er an der Forderung eines gewissen Verhältnisses zwischen Delikt und Strafe festhalte.

Gerichtspsychiater Dr. v. Sölder führt aus, daß heute manche Psychopathen nicht exkulpiert werden können, obwohl die Voraussetzungen der Zurechnungsfähigkeit für die betreffenden Handlungen fehlen. Der Minderwertige stehe verschiedenen Straftaten

nicht in gleicher Weise gegenüber; es komme also auch auf die Art der Tat an. Namentlich hinsichtlich der Homosexuellen sei der österreichische Gerichtspsychiater in einer unangenehmen Situation; unter § 2a österr. St.-G. werden nur Geistesstörungen im engeren Sinne subsumiert, der § 2g aber ist vom obersten Gerichtshof dahin ausgelegt worden, daß der Begriff: unwiderstehlicher Zwang, nur in dem Sinne eines „äußeren" Notstandes aufgefaßt werden dürfe.

Advokat Dr. Kienböck erklärt, der Vergeltungsbegriff dürfe nicht ausgemerzt werden, die Strafe müsse als Uebel empfunden werden. Die Praxis und das Volksempfinden lassen eigene Zwischenanstalten nicht empfehlenswert erscheinen.

Advokat Dr. Schneeberger meint, die „Minderwertigkeit" sei nur ein Auskunftsmittel der Psychiater; das Gesetz verlange die volle Zurechnungsfähigkeit, mit einer vermischten sei nichts anzufangen.

Hofrat Prof. v. Wagner stimmt v. Sölders Ausführungen zu, betont dann, daß man dem Psychiater im allgemeinen zu viel zuschiebe, da die quantitative Diagnose der Geistesstörung nicht diesem, sondern dem Richter zugehöre. Hinsichtlich des richtigen Verhältnisses zwischen Delikt und Detentionsdauer komme es nur auf eine entsprechende Formulierung der betreffenden Gesetzesbestimmungen an. Vagabundengesetz und Zwangsarbeitsanstalt beweisen, daß schon heute Maßnahmen im Sinne einer Detention gewisser Elemente möglich sind, wie sie von den Psychiatern für die Minderwertigen gefordert wird.

In einem kurzen Schlußworte verweist Dozent Dr. Raimann auf seine Ausführungen in der Einleitung der Diskussion und betont nachdrücklich, daß der Trialismus entschieden eine Besserung gegenüber den heute geltenden Bestimmungen bedeuten würde.

Berze.

— Bericht über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** in Frankfurt a. M. und Gießen vom 26. bis 28. April 1907. (Fortsetzung.)

Moses-Mannheim: Idiotenfürsorge und Fürsorgeerziehung.

Es ist eine bedauerliche Tatsache, daß eine große Anzahl noch bildungsfähiger Idioten von einer sachverständigen Anstaltserziehung zurückgehalten werden. Die Zahl dieser Kinder ist mindestens ebenso groß, als die der anstaltlich versorgten. Wie weit kann und soll zur Beseitigung dieses Mißstandes die Fürsorge-(Zwangs-)Erziehungsgesetzgebung nutzbar gemacht werden? Die Schuld an dem Fernhalten der Kinder von der ihnen zukommenden erzieherischen Versorgung liegt häufig an der Unwissenheit, Indolenz oder Renitenz der Eltern oder sonstigen Erziehungsberechtigten. Das Verständnis für die hohe Bedeutung einer sachgemäßen Schwachsinnigenerziehung für das Individuum selbst, wie für die Gesellschaft, ist im allgemeinen nicht groß genug, um die Abneigung der Eltern gegen eine Trennung von ihren Kindern zu überwinden. Die antisozialen Gefahren des Schwachsinns sind nicht genügend von der Allgemeinheit gewürdigt. Unklar und unzulänglich sind auch die landläufigen Anschauungen über die Bildungsaussichten bei idiotischen Kindern, wenn hier auch die Einsicht in die Erfolge der Hilfsschulen einen Wandel vorbereitet. Die ungenügende Zahl und die weiten Entfernungen der Anstalten, auch der Name „Idioten-Anstalt" und manche Mißstände in den Anstalten selbst, steigern den Widerstand mancher Eltern. Viele Vorurteile sind freilich ganz grundlos, und der erzieherische Einfluß, der eine Anstaltsfürsorge besonders in ethischer und sozialer Beziehung zeitigt, kann zu Hause nur unter ganz exzeptionell günstigen äußeren Bedingungen erreicht werden.

Die Erziehungspflicht an Schwachsinnigen ist in Deutschland gesetzlich weder einheitlich noch genügend geregelt. Für die Hilfsschulen ist in neuester Zeit die Schulpflicht wohl in allen Bundesstaaten obligatorisch gemacht worden. Es liegt hier die Rechtslage auch weit einfacher, weil der Hilfsschule der Charakter der öffentlichen Volksschule, für welche die gesetzliche Schulpflicht besteht, zukommt.

In Preußen fehlt es für die Idiotenerziehung an irgend welchen klaren und bindenden gesetzlichen oder behördlichen Unterlagen. Im Gegensatz hierzu ist in Bayern die Materie präzis geregelt durch die „Vollzugsvorschriften und Erläuterungen zur Schulpflichtordnung" vom 30. März 1906. Die Schulpflicht ist ausdrücklich für die geistig oder körperlich nicht genügend entwickelten, bildungsfähigen oder bildungsbeschränkten Kinder festgelegt.

Auf die Eltern und Erziehungsberechtigten solcher Kinder soll durch geeignete Belehrung eingewirkt werden, daß das Kind in einer passenden Anstalt untergebracht oder daß sonst in zweckmäßiger Weise für seine Erziehung gesorgt wird. „Unter Umständen kann auch die Anwendung der Vorschriften des § 1666 B. G. B., des Zwangserziehungsgesetzes vom 10. Mai und des Artikels 81 des Polizeistrafgesetzbuches in Frage kommen." Ähnlich ist die Angelegenheit in Braunschweig durch das Gesetz vom 30. März 1894 geregelt. In Sachsen enthält schon das Gesetz vom 16. April 1873 die Vorschrift, daß . . . schwach- und blödsinnige Kinder in die hierzu bestimmten öffentlichen oder Privatanstalten unterzubringen sind, sofern nicht durch die dazu Verpflichteten anderweit für ihre Erziehung gesorgt ist. Eine Verordnung vom 6. Juli 1899 besagt, daß bei Widerspruch der Eltern die Entschließung dem Vormundschaftsgerichte gemäß §§ 1666 und 1838 des B. G. B. zu überlassen ist. In Baden ist das Gesetz vom 11. August 1902 maßgebend, das einen Zwang zur Verbringung eines Kindes in eine Anstalt nur nach Maßgabe der Bestimmungen des B. G. B. zuläßt.

Wo, wie in Bayern, die gesetzlichen Vorschriften klar und bestimmt sind, wird bei hartnäckiger Weigerung der Erziehungsberechtigten, einem schwachsinnigen Kinde die ihm gebührende Anstaltserziehung zu teil werden zu lassen, die zwangsweise Überführung durch das Vormundschaftsgericht oder durch das Zwangserziehungsgesetz unschwer zu erreichen sein.

In Preußen wird man großen Schwierigkeiten begegnen. Zunächst ist der Versuch zu machen, durch Anrufen des Vormundschaftsgerichtes auf Grund des § 1666 des B. G. B. den Widerstand zu beseitigen. Für taubstumme und blinde Kinder verweist ein Ministerialerlaß vom 19. Juli 1906 auf diesen Weg, ohne auf schwach- und blödsinnige Kinder dabei abzuheben. Für die nicht vollsinnigen Kinder ist in den Ausführungsbestimmungen des Preuß. Fürsorgeerziehungsgesetzes ausdrücklich vorgesehen, daß Fürsorgeerziehung eintreten kann in Fällen, in denen die Eltern die ihnen gebotene Gelegenheit zur Pflege und zum Unterrichte ihrer nicht vollsinnigen Kinder zurückweisen. Idioten und Schwachsinnige sind nicht mit aufgeführt.

Prinzipielle Hindernisse für die Anwendung der Fürsorgeerziehung auf idiotische Kinder bestehen freilich gesetzlich nicht. Sie können, wenn die Fürsorgeerziehung über sie verhängt wird, in geeignete Anstalten verbracht werden. Nur ganz bildungsunfähige Idioten fallen ebenso wie unheilbare Geisteskranke aus dem Rahmen der Fürsorgeerziehung.

Wenn ein idiotisches Kind eine strafbare Handlung begeht, kann jedenfalls Fürsorgeerziehung eintreten. Das Fürsorgeerziehungsgesetz soll aber vor allem prophylaktisch wirken und der jugendliche Schwachsinnige soll sich das Recht, auch gegen den Willen kurzsichtiger Eltern einer für ihn förderlichen Erziehung übergeben zu werden, nicht erst durch das Begehen einer kriminellen Handlung erwirken müssen. Unser Bestreben muß vielmehr dahingehen, die Fürsorgeerziehung zu erreichen, ehe ein Konflikt mit dem Strafgesetzbuch eingetreten ist. Ein derartiges Bestreben muß sich stützen auf Nr. 1 und 3 des § 1 des Fürsorgeerziehungsgesetzes; es muß demnach entweder ein schuldhaftes Verhalten der Eltern, durch welches die Kinder in Gefahr geraten, sittlich zu verwahrlosen oder die Gefahr der völligen sittlichen Verwahrlosung ohne Schuld der Erziehungsberechtigten nachgewiesen werden. Wo der gesetzliche Schulzwang auch für Schwachsinnige besteht, gilt das Abhalten der Kinder von dem Anstaltsbesuche als schuldhaftes Verhalten der Eltern; ebenso in Preußen, wenn die Eltern die ihnen gebotene Gelegenheit zur Pflege und zum Unterrichte nicht vollsinniger Kinder zurückweisen. Es muß dahin gewirkt werden, daß die Schwachsinnigen in dieser Beziehung nicht anders behandelt werden, als die Viersinnigen. In Fällen grober körperlicher Vernachlässigung seitens der Eltern wird bei schwachsinnigen Kindern in derselben Weise, wie bei normalen Kindern, Fürsorgeerziehung einzuleiten sein.

Es wird sich noch fragen, ob nicht Nr. 3 des § 1 für die erzieherische Versorgung der Schwachsinnigen angezogen werden kann. In Ziffer 3 des § 1 wird der Nachweis der Gefahr der völligen sittlichen Verderbnis gefordert. Nicht der Nachweis eines subjektiven Verschuldens seitens der Erziehungsberechtigten wird verlangt, sondern die objektive Verwahrlosung wird getroffen. Es kommt auf die Tatsache an, daß die Kinder verwahrlost sind und ein öffentliches Interesse für ihre Besserung im Wege staatlicher Fürsorge vorhanden ist. Man wird mit dem Nachweise, daß diese Bedingungen zutreffen, die zwangsweise Einweisung von Idioten in Anstaltserziehung wohl hie und da erzielen können.

Jedenfalls müssen wir dort, wo nach unserem ärztlichen Wissen und Gewissen die Anstaltserziehung für ein idiotisches Kind notwendig und aussichtsvoll ist, die Fürsorgeerziehung erstreben mit Hilfe eines Gutachtens, das neben den Ergebnissen der physischen und psychischen Untersuchung sich über die Aussichten einer heilpädagogischen ärztlichen Anstaltserziehung und über die Gefahren, die bei Nichtanwendung einer solchen dem Kinde in sittlicher Beziehung drohen, ausspricht. Es steht wohl bald eine Novelle zum Fürsorgeerziehungsgesetz in Aussicht. Dabei muß auch das Recht der schwachsinnigen Minderjährigen auf die ihrer Befähigung und Eigenart angemessene Erziehung gewahrt werden. Entsprechend dem prophylaktischen Charakter des ganzen Gesetzes soll es auch dazu dienen, die Schwachsinnigen vor Verwahrlosung und Verderbnis und den Staat und die Gesellschaft vor einer großen Gefahr rechtzeitig und wirksam zu schützen. Die Fürsorgeerziehungsgesetzgebung muß dazu beitragen, die Idiotenfürsorge auf die wünschenswerte Höhe zu heben.

Referate.

— Dr. med. E. Lobedank: Rechtsschutz und Verbrecherbehandlung. (Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, herausgegeben von Dr. L. Loewenfeld. Nr. 46. 89 S.)

Die vorliegende Arbeit gewährt einen umfassenden Überblick über alle wichtigeren Reformvorschläge betreffend die zukünftige Strafrechtspflege, welche in den letzten Jahren von namhaften Psychiatern und Juristen gemacht wurden; außerdem enthält sie eine Menge beherzigenswerter eigener Ideen des Verfassers.

Nach einer einleitenden Ausführung über äußere und innere Ursachen des Verbrechens stellt L. die Forderung auf, den Verbrecher und seine Handlungen vom naturwissenschaftlichen Standpunkt aus zu analysieren; demzufolge müssen künftighin Richter und höhere Strafanstaltsbeamte psychologisch und psychiatrisch vorgebildet sein, um im Einverständnis mit dem medizinischen Sachverständigen die richtigen Maßnahmen für einen wirksamen Rechtsschutz treffen zu können. Er verbreitet sich dann eingehend über das zukünftige System der Strafen im allgemeinen und den Strafvollzug im speziellen. Weitere Abschnitte sind der künftigen Behandlung geisteskranker und geistig minderwertiger, sowie jugendlicher Verbrecher gewidmet.

Es ist zu wünschen, daß die Arbeit in möglichst weiten Kreisen Eingang finden möge.

v. Hößlin-Eglfing.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 15. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**
Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark

Psychiater,

33 Jahre alt, evang., ledig, über vier Jahre an bekannter Provinzialanstalt, seitdem ca. drei Jahre als zweiter Arzt (Oberarzt) an großen Privatanstalten tätig, sucht zum 1. Oktober d. J. Stellung als leitender Arzt oder einigermaßen aussichtsreiche Anstellung an öffentlicher Irrenanstalt. Gute Empfehlungen vorhanden, auch litterarisch vielfach tätig.

Offerten unter **H. 1028** an die Expedition des Blattes erbeten.

Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz (Posen). Bahn Bentschen-Landsberg a. W.

Eine neugeschaffene **Assistenzarztstelle** ist sofort zu besetzen. Anfangsgehalt 2000 M. steigend alle Jahre um je 100 M. bis zu 2500 M. Außerdem freie Wohnung, freie Kost I. Klasse, freie Heizung, Beleuchtung und Wäsche. Nach 5 jähriger Dienstzeit in der Provinzial-Verwaltung Posen Anstellung auf Lebenszeit mit Pensionsberechtigung bis 3300 M. Anfangsgehalt und Familienwohnung. Psychiatrische Vorbildung nicht erforderlich.

Meldungen an die Direktion.

Die Rheinische Volksheilstätte für weibliche Nervenkranke **Roderbirken bei Leichlingen**, Kr. Solingen, (145 Betten) sucht zum 1. Oktober einen

II. Assistenzarzt.

Anfangsgehalt 1500 M., jährlich steigend um 300 M., bei völlig freier Station. Meldungen erbeten an den leitenden Arzt Dr. Beyer.

Haematogen Hommel

völlig alkohol- u. ätherfrei

(gereinigtes concentr. Haemoglobin [DRP. Nr. 81391] 80⁰ chem. reines Glycerin incl. Geschmacks-corrigens 20⁰).

Warnung!

☛ Wir warnen vor Nachahmungen und bitten stets **Haematogen Hommel** zu ordiniren „Haematogen Hommel" wird zur sichern Abtötung etwaiger Bacterien während 24 Stunden der höchst zulässigen Temperatur (ca. 55⁰ C.) ausgesetzt, ist daher absolut tuberkelbazillenfrei, völlig entgast und frei von Hippursäure, und flüchtigen Fettsäure, während die auf kaltem Wege mittelst Aetherfällung dargestellten Nachahmungen nur gewöhnliche Mischungen repräsentiren, sie bieten keine Sicherheit der Keimfreiheit und bleiben mit den Gasen und Excetionsstoffen des Blutes belastet.

Neuronal

(Bromdiaethylacetamid D. R.-P.)

Bewährtes, unschädliches **Hypnoticum** in Gaben von 0,5—1,0—2,0 g.
Ausgezeichnetes **Sedativum** und Ersatz der Bromsalze in Gaben von 1—2—3 g. pro die
Antiepilepticum 3 mal täglich 0,5 g.
Analgeticum bei epileptischem Kopfweh 0,5 g.
Neuronal-Tabletten zu 0,5 g.

Neurofebrin **(Neuronal-Antifebrin āā).** Hervorragende Erfolge bei nervösem Kopfschmerz, Migräne und den Unruhezuständen der Frauen zur Zeit der Menses.
Neurofebrin-Tabletten zu 0,5 g. 937

Orexin	Jodol	Hetol
echtes Stomachicum **Orexin-Tabletten** und **Orexin-Chocol.-Tabletten.**	Bester Jodoform-Ersatz **Menthol-Jodol.**	**Hetol-Injektionen.**

Litteratur durch: **Kalle & Co. A.-G., Biebrich a. Rh.**

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Die Stelle des

I. Assistenzarztes

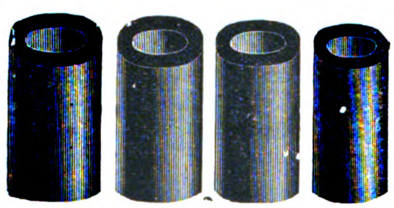
an der Psychiatrischen Klinik in Greifswald ist wegen Erkrankung des bisherigen Inhabers baldigst zu besetzen.

Meldungen werden an die Direktion erbeten.

Automobil (4 Cyl.)

12 HP Tafnirmotor, Phaeton, 4—5 Sitze mit Verdeck, ganz neu (Ansch.-Preis 7000 M.) billig zu verkaufen.

Näheres durch d. Exped. d. Bl. 1035



Mk. 1,90 1,45 1,25 1,15

pro Meter.

Durit- **Drainage, Irrigator- und Gasschlauch,** neben seiner bedeutenden Festigkeit und Haltbarkeit bietet er den grossen Vorteil, dass die Desinfizierung und Sterilisierung seine Elastizität und Weichheit nicht vermindert. (784 b)

Rudolf Détert, Berlin NW., Karlstr. 9.

BROMURAL

α-**Monobromisovalerianylharnstoff.**

Ein neues Nervenberuhigungs- u. Schlafmittel.

Fast geschmackfrei, geruchlos und ohne Nebenwirkung. 959

Indikation: Leichte, nervöse Schlaflosigkeit, Hysterie, Neurasthenie etc.

Dosis: 2 Tabletten à 0,3 g. Originalröhrchen zu 20 Tabletten à 0,3 g.

Literatur und Proben kostenlos.

Knoll & Co., chem. Fabrik, **Ludwigshafen a. Rhein.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 15. 6. Juli **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Neurologie im Beginne des 19. Jahrhunderts.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Hildesheim.

(Fortsetzung.)

An einer traumatischen Hysterie scheint der Kranke Hebreards (1809) gelitten zu haben, bei dem nach einem Falle auf die Schulter die obere Extremität unempfindlich geworden war, bei völlig erhaltener Beweglichkeit. Der Kranke konnte längere Zeit glühende Kohlen auf der Hand tragen und fühlte bei einer Fraktur nicht den geringsten Schmerz.

Sehr lebendig beschreibt Jördens 1803 die Schlaflosigkeit, die Plage übrigens gesunder und tätiger Geschäftsmänner und Gelehrter. Für am schlimmsten hält er die Schlaflosigkeit ohne merkbares Übelbefinden. Die Hauptursachen sind starke sinnliche Reize, Überarbeitung, Übervergnügungen und die Macht der Leidenschaften. Die in großen Städten eingeführten Soupers sind so wenig dem Schlafe günstig als die Saufgelage kleiner Städte, nach welchen der Magen die Nacht hindurch noch viele Maß Bier verdauen und das System der Harnabsonderung in unablässiger Tätigkeit bleiben muß. Die übliche zärtliche Erziehung weichlicher und nervöser Leute läßt solche Personen durch das geringste Geräusch, ja selbst durch die in ihrem Unterleibe herumirrenden Blähungen wecken. Für gerade so schlimm erachtete der Autor das Kaffeetrinken der Gelehrten. Um wieder in Schlaf zu geraten, müssen wir uns ähnliche Bilder vor Augen stellen, wie sie die Träume darstellen, reizende Gefühle und Gestalten, wir müssen vor dem Zubettegehen Hogarthsche Bilder betrachten, zählen, einen Apfel essen oder am Ufer eines Flusses spazieren gehen. Da das Opium unangenehme Nebenerscheinungen habe, solle man nur in den äußersten Fällen dazu greifen, höchstens solle man die Augenlider mit Opiumtinktur bestreichen. Noch besser sei es, wenn man sich gegen Abend magnetisieren lasse. Dringend empfiehlt er, die Ohren mit Baumwolle zu verstopfen, oder man solle kleine Kissen von Baumwolle an den Teilen der Nachtmütze anbringen, die die Ohren bedeckten.

Und so plätscherte Jördens wohlgemut in den sanften Wellen der Therapie, in denen sich die Ärzte jener Zeit weit behaglicher fühlten wie in den eklen Morästen der Theorie, der Anatomie, der Diagnostik. Weitaus die Mehrzahl der Veröffentlichungen begibt sich nach einem verhältnismäßig kurzen Ausfluge in den Symptomenkomplex und das sonstige Klinische ohne weiteres in die blumigen Auen der Therapie, in der mehr Blümlein sprossen, als sie unsere in —in und —on watende Zeit aufzuweisen hat. Trotzdem sprach man über seinen therapeutischen Erfolg gerade auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten sehr kleinlaut, und wehmütig ruft Becker (1808) aus, als er über die Heilung einer dreijährigen Paralyse der unteren Extremitäten berichtet: Lähmungen gehören zu den Krankheiten, wo unsere Kunst vorzüglich mit Schande besteht, weil die Nerven die terra incognita bleiben, die es vor Jahrhunderten war. Und ebenso wie heutzutage war man der Meinung, daß die Fülle der gegen eine bestimmte Krankheit gepriesenen Arzneimittel durchaus nicht parallel mit den Heilerfolgen in besagter Krankheit laufe.

Zudem scheint man in der Reklamekunst etwas seiner Zeit vorausgeeilt zu sein. So kündigt vorsichtigerweise Santer, als er ein neues animalisches Anodynum anpries, großmütig an, er werde nicht mit denen hadern, die nicht die gute Wirkung, so wie er, fänden und entschuldigte sich, daß er noch ein neues Mittel vorbringe, da doch „die Materia medica mit Mitteln überfüllt sei und die gegenwärtige Jagd nach neuen, mit großem Lärm angekündigten Mitteln, die nur zu oft die Erwartung

der Beobachter täuschten, schon zum voraus Mißtrauen gegen die Ankündigung eines neuen Heilmittels erregen müsse". Bescheiden hofft er, nicht für einen Neuigkeitsjäger zu gelten, wenn er die tinctura circinellae septempunctatae gegen schmerzhafte Nervenzufälle anpreist, die aus lebendig im Mörser zerquetschten Käfern bestand. Er selbst erzielte herrliche Erfolge bei Prosopalgieen und habituell periodisch-halbseitigen Kopfschmerzen, an denen sich schon eine ganze Zunft von Ärzten schachmatt kuriert hatte.

Auch sonst mußte oft eine Medizin in ihrem Ursprunge etwas auffallendes haben, oder in der Zusammensetzung eine gewisse Eigenart darbieten, um gegen die geheimnisvollen Nervenkrankheiten etwas ausrichten zu können. Man zog das Chenopodium ambrosoides gegen Zungenlähmungen, Sprachverluste und Krämpfe heran, man führte gegen Schwindelanfälle Opium, das mit Salmiakgeist, Rosenwasser und Quittenschleim gemischt war, ins Feld, man nahm sogar seine Zuflucht zum Pfeil- oder Upasgifte in allen den Krankheiten, in denen Schwäche oder Mangel an Tätigkeit des Rückenmarkes zu Grunde lag.

Sonst aber mußten Tier-, Pflanzen- und Mineralreich ohne Unterschied herhalten, um die widerspenstigen Nerven mores zu lehren. Spießglanzgoldschwefel gab man gegen einen periodischen Schmerz in der Stirne, den man der Malaria an die Rockschöße heftete, Salzsäure heilte Ischias und Konvulsionen. Pommeranzenblätter, Belladonna und Bilsenkrautextrakt suchten dem Wesen der Epilepsie gerecht zu werden, Kamillenextrakt empfahl Hufeland zusammen mit salzsaurer Schwererde gegen die Nervenschwäche, die von Onanie und häufigen Pollutionen herrühre, Kölpin ließ 1796 die Tinctura Colocynthidis gegen Lähmungen los.

Nebenher gab man nach gutem alten Brauche, da die Nervenkrankheiten meist energisch gegen die medikamentösen Eingriffe aufbegehrten, kräftige Brechmittel und entlockte durch Drastika und Klystiere im trauten Bunde dem Darme seinen massigen Inhalt. Man scheute sich sogar nicht, bei frischen Lähmungen nach kaum erfolgter Gehirnblutung die kräftigsten Brechmittel zu verabfolgen.

In besonderem Ruhme stand im ersten Dezennium des 19. Jahrhunderts der Zink, dem man bei den verschiedensten Nervenkrankheiten, insbesondere bei Chorea und Epilepsie (meist in Gestalt der Zinkblume) ein unbegrenztes Vertrauen entgegenbrachte. Neu aufgekommen war der Gebrauch der Alkalien gegen die verschiedensten krampfartigen Zustände. Triumphierend berichtet Stütz, der diese Methode aufgebracht hatte, 1802 in seinen: „Versuchen und Beobachtungen verschiedener Ärzte über die von mir bekannt gemachte Methode, konvulsivische Krankheiten zu heilen, nebst verschiedenen Bemerkungen" über die schönsten Erfolge. Es wurde in den mannigfachsten Modifikationen verwertet. Besonders gute Erfolge erzielte Hargens 1799 mit dem Oleum tartari per deliquium gegen die Krämpfe und den Tetanus der Kinder. Michaelis lobte (1797) mehr das fixe vegetabilische Laugensalz. Bei einer Hysterika, die nach einer Züchtigung in Krämpfe verfallen war, hatte das sonst so hochverehrte Klystier von stinkendem Asant nur eine halbseitige Lähmung erzielt. Das Laugensalz im Bunde mit Zinkblumen und einer Unmenge von Laxantien führte die Heilung herbei.

Michaelis bekämpfte daher mit ihm auch Magenkrämpfe hysterischer Art, „wobei zugleich eine beständige Essigbrauerei im Magen stattfand".

Von der Wirksamkeit des Phosphors in der Epilepsie schwärmte 1799 Handel. Mit zween Ärzten alliiert stritt eine magere Demoiselle vergebens gegen die hartnäckige Krankheit. (Das Hauptkontingent der damaligen Nervenkranken scheint überhaupt das schöne Geschlecht gestellt zu haben.) Er hatte bei ihr Phosphor unter Wasser stehen sehen und als einmal die Aura sich meldete, und der gebräuchliche Pfeffermünzaufguß nicht zur Stelle war, griff er in seiner Höllenangst nach der Phiole, warf den darin enthaltenen inflammabilen Stoff weg, flößte das Wasser der Kranken ein und der Paroxysmus blieb weg. Selbstzufrieden ruft der erfindungsreiche Handel aus: „Heil mir übrigens, wenn ich durch gegenwärtigen Beytrag zum antiepileptischen Arzneyenkatalog etwas zur Erleichterung des traurigen Schicksals fallsüchtiger Kranken beytrage und meine besseren Collegen die guten Erfahrungen bestätigen, das Urteil der anderen, sey es, wie es wolle, wird mich nicht afficieren".

Vom Phosphor und von der mit ihm verwandten Phosphorsäure hielt man überhaupt große Stücke.

Diese bringe, erklärte man 1800, in Nervenkrankheiten, Krämpfen und Ohnmachten neuen Lebensstoff und gebe dem besonderen Sitze des Lebensprinzipes Funktion und Stärke. Sie passe besonders bei direkter Schwäche, wo Mangel an passenden Lebensreizen und zugleich die Reizfähigkeit erhöht sei, aber auch in jenen verwickelten Fällen, wo indirekte mit direkter Schwäche sich verbinde, biete sie die hilfreiche Hand.

Die Vitriolsäure, die gegen Hysterie, Hypochondrie, Veitstanz, Zittern und Zuckungen das Ersprießlichste wirkte, hatte den Vorzug, daß sie auch bei äußerlicher Anwendung die Nervenkrankheiten günstig beeinflußte.

Nebenher gebrauchte man fleißig den Kampfer, da der Nervenzustand häufig von flüchtigen Nervenreizen, z. B. von Frieselschärfe abhänge, in der Melancholie besonders dann, wenn eine krätzeartige Schärfe mit im Spiele sei. Nur wenn Milchversetzung vorhanden war, war die Wirkung zweifelhaft. In der Epilepsie befreite sie im Vereine mit der Valeriana das Nervensystem von der Schärfe.

Bei einem Schneider, der an Tetanus universalis und während seiner opisthotonusartigen Anfälle an Samenverlusten litt und Krämpfe im Cremaster hatte, verhütete Hildebrand (1798) diesen „widernatürlichen Tanz der Testikel" dadurch, daß er die „Geburtsteile" mit einer Salbe von Kampfer und Opium einreiben ließ.

Das Opium behielt die herrschende Stellung im Reiche der Nervenkrankheiten bei, wenn man auch etwas kritischer in seinem Gebrauche wurde.

So klagt Selig (1799), daß die krampfkranken Kinder bis dahin immer mit Opium mißhandelt worden seien, jetzt, wo man die Krankheiten gründlich erforscht habe, sei das nicht mehr nötig.

Die Homöopathie, die ja in jener Zeit aus der Taufe gehoben wurde, fand gerade in den Erkrankungen des Nervensystems ein ausgiebiges Feld für die Entfaltung ihrer Kräfte. Nach seinem Grundsatze: „Ähnliche Mittel in ähnlichen Krankheiten"; empfahl Hahnemann in seinem „Versuch über ein neues Prinzip zur Auffindung der Heilkräfte der Arzneisubstanzen nebst einigen Blicken auf die bisherigen" das Conium maculatum gegen Augenkonvulsionen und Gliederzittern, den Hundsdillgleiß (Clethusa Cinapium) gegen die mit Raserei abwechselnde Blödsinnigkeit, den Giftwüterich (Cicuta virosa) gegen den Kinnbackenkrampf und die wahre Fallsucht. In der Hand des behutsamkühnen Arztes täten die Cokkelskörner Wunder gegen Angstzustände, Solanum Dulcamara vertreibe alle möglichen Lähmungsbeschwerden, die Zungenlähmung, die Krämpfe und die Mutterwut. Solanum niger sei gut gegen die Besessenheit mit wunderbar emphatischen Reden und Verdrehungen der Gliedmaßen und direkt spezifisch gegen die Kriebelkrankheit. Atropa Belladonna wirke ausgezeichnet gegen klonische Krämpfe und die Fallsucht, sie besänftige Rasereien oder benehme ihnen das Stürmische, sie verschlimmere oder errege dagegen die Nostalgie, sie sei wirksam bei geschwächtem Gedächtnisse und hebe schwierige Schlaflosigkeiten.

Hyoscyamus niger wirke gegen die Unempfindlichkeit und Schwerbeweglichkeit der Gliedmaßen und apoplektische Zufälle, gegen die Epilepsie, gegen Gedächtnisverluste, gegen die chronische Schlaflosigkeit, gegen den Schwindel, gegen Kopfschmerzen — kurzum, es war ein Allerweltsmittel. Virginiatabak war ausgezeichnet gegen die Fallsucht und Hysterie, die Ignatiusbohne verbannte Zittern, Zuckungen, sardonisches Lachen und Schwindel. Digitalis räumte mit der Epilepsie und dem Gefühl von Auflösung eines nahen Todes auf. Ebenso wenig war die Fallsucht dem Nereum Oleander, dem Unholdoleander, gewachsen, Ohnmachten, Ängstlichkeit und Umnebelung des Geistes strichen das Segel vor dem Sumpfporst, dem Ledum palustre. Arsenik führte ruhigen Schlaf herbei, besonders bei zu straffer Faser und zu substanziösem Blute, Aconitum Napellus griff energisch ein auf Ohnmachten, Schwächen, Schlagflüsse, transitorische Lähmungen, allgemeine und Partiallähmungen sowie Hemiplegien. Dieser neurotherapeutische Hans in allen Gassen, der auch Ausgezeichnetes gegen eine Art Manie leistete, in der Frohsinn und Verzweiflung abwechsellen (offenbar das manisch-depressive Irresein), war am Platze bei der Hysterie, da er eine Empfindung hervorrufe, als stiege eine Kugel aus dem Nabel in die Höhe und verbreite am oberen und hinteren Teile des Kopfes eine Kälte. Während Lorbeerkirschenwasser dem Tetanus ein Dorn im Auge war, arbeitete der Kampfer gegen Epilepsie und Konvulsionen, sowie auch gegen Manien, deren Hauptsymptom Gleichgültigkeit war mit unterdrücktem, langsamem Pulse, zusammengezogener Pupille und mit aufwärts gezogenen Hoden (dies letztere hochbedeutsame Symptom hatte Auenbrugger angegeben). Safran schlug Hahnemann vor gegen Schwindel, Kopfweh und Schlagflüsse. In einen Taumel des Entzückens aber gerät er bei der Anpreisung des Taumellolchs, der noch bei den hartnäckigsten Arten von Schwindel und Kopfweh, die die Ärzte wegen ihrer Unheilbarkeit zu verlassen pflegten, am Platze sei. Für sie sei der Taumellolch geschaffen, vermutlich auch gegen die Blödsinnigkeit, den Skandal der Arzneikunst. Veratrum album half gegen die Hydrophobie, gegen hysterische und hypochondrische Anfälle und gegen Nervenübel, die sich durch Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung auszeichneten. Da auch noch Agaricus muscarius gegen mit Zittern verbundene Fallsucht

sich erfolgreich erwies, hätte man annehmen sollen, daß bei dieser enormen Fülle von inneren Mitteln auf jeden weiteren ärztlichen Eingriff hätte verzichtet werden können.

Aber auch in der äußeren Behandlung der Nervengebreste hatte man sich eine anerkennenswerte Vielseitigkeit bewahrt, die es mit jener furchtlos aufnahm.

Daß man die Diät bis ins kleinste Detail regelte, versteht sich bei dem praktischen Sinne und der Subtilität jener Ärzte am Rande. Unverständlich erscheint uns jetzt die enorme Menge Alkohol, die man damals unter dem Einflusse der Lehren Browns den Nervenkranken angedeihen ließ. Man ließ sogar kleine Kinder, die an Krämpfen litten, mit Bier und mehreren Gläsern Wein mißhandeln.

Neben den innerlichen Gewaltkuren, durch die man eine Umstimmung des ganzen Organismus herbeizuführen gedachte, durch die grandiosen Brech-, Abführ- und Schwitzkuren, die jetzt in das Armamentarium der Tierärzte übergegangen sind, vergaß man auch nicht den ihnen ebenbürtigen Aderlaß, mittels dessen man in vergangenen Jahrhunderten der kräftigsten Naturen Herr geworden war. Daß er nicht in Vergessenheit geriet, dafür sorgten die verschiedensten Publikationen, wenn auch die nötigen Einschränkungen nicht vergessen wurden. So warnte Hildebrand (1798) davor, ihn in Schlagflüssen bei erschöpften Individuen anzuwenden, während er bei vollblütigen dringend indiziert sei.

Konnte man sich zum Aderlasse nicht entschließen, so zapfte man wenigstens durch Blutegel eine erkleckliche Menge Blut ab, um die straffe Faser zu mildern, oder man schröpfte ihn trocken oder blutig nach Herzenslust. Besonders am Platze war das blutige Schröpfen am Hinterkopfe bei den verschiedensten Kopfkrankheiten, vor allem dem Schwindel. Wenn man einmal mit Riesenviszeralklystieren eine erhebliche Menge verhärteten Unrat abgeführt hatte, benutzte man nicht selten auch die gute Gelegenheit und brachte dem Kranken gleichzeitig nervenstärkende Klysmen bei. Unter der Beobachtung der sthenischen und asthenischen Methoden führte man so den hintersten Nervenendigungen Roborantia und Nervina in jeglicher Form und Dosis zu. Sogar große Mengen starken Weines ließ man auf diesem unwürdigen Wege dem Organismus angedeihen.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Anstalts-Arzt-Frage.

Herrn Direktor Vocke stimme ich bei, daß bei Neuregelung der Anstalts-Arzt-Stellen die Frage, wie vielen von den festangestellten Ärzten der Oberarzttitel verliehen werden solle, von sekundärer Bedeutung ist. Seinem Vorschlag, die festangestellten Ärzte auch nach Gehalt, Rang und dienstlicher Funktion in zwei Klassen zu gliedern, möchte ich entgegentreten. Ich glaube in der Entwickelung, die die Arztfrage gerade in den letzten Jahren genommen hat, einen Bundesgenossen gegen Vocke zu besitzen.

Bei unserer Forderung nach Vermehrung der festen Arztstellen, nach möglichster Beschränkung der Assistentenstellen, war neben dem berechtigten Wunsch nach Sicherstellung der Zukunft das Hauptargument der Hinweis, daß tatsächlich die Assistenten zum großen Teil den gleichen Dienst zu versehen, die gleichen Pflichten zu übernehmen hatten, wie die wenigen fest angestellten Ärzte, der Hinweis darauf, daß die vorhandene Gliederung eine künstliche, keine inhaltlich begründete war. Unsere Forderung ist inzwischen von der Mehrzahl unserer Behörden als prinzipiell berechtigt anerkannt worden, und in Zukunft werden überall die Assistenz- und Volontärarztstellen — der Titel tut auch hier nichts zur Sache — bis auf wenige in feste Arztstellen umgewandelt sein. Nun scheint mir aber, daß auch nach Durchführung dieser Reform — nehmen wir einmal an, sie erfolge nach Vockes Vorschlägen — die „Anstaltsärzte" unter Umständen Jahrzehnte lang werden warten müssen, bis sie in eine frei gewordene „Oberarztstelle" einrücken können.

Ihren Dienst sollen die „Anstaltsärzte" nach Vocke „selbständig, aber im Benehmen mit dem Oberarzt" versehen. Das bedeutet, wenn es wirklich durchgeführt wird, und nicht nur auf dem Papier steht, ihre Unterordnung unter die Oberärzte. Daß aber ältere „Anstaltsärzte" ihre Unterordnung nicht mehr unmittelbar unter den Direktor, sondern unter einen vielleicht nur wenig älteren Oberarzt kränkend und drückend empfinden müssen, daß diese Unterordnung dauernd zu Reibereien und Eifersüchteleien Veranlassung geben muß, scheint mir unausbleiblich zu sein. Nicht eine viergliederige Beamtenhierarchie — durch die Sonderstellung des ältesten Oberarztes, Klasse IIIa nach Vocke, wird es gar eine fünfgliederige — wollen wir anstreben, sondern ein Ärztekollegium ähnlich dem Lehrerkollegium an einer unserer höheren Lehranstalten. Daß eine gewisse Gliederung aus Gründen der Praxis auch da erfolgen muß, ist selbstverständlich. Immer wird aus praktischen Gründen auf jeder Geschlechtsseite ein Arzt den Direktor in diesem und jenem entlasten müssen. An den neueren Riesenanstalten wird diese Gliederung tiefer greifen als an Mittelanstalten. Aber auch an diesen Riesenanstalten sollte sie sich der

Einheitlichkeit des Betriebes wegen auf zwei Ärzte, je einen für jede Geschlechtsseite, beschränken — Vocke schlägt einen „Oberarzt" für je 300 bis 400 Kranke vor — und auch diese beiden Ärzte sollten nach Möglichkeit primi inter pares bleiben.

Vockes Befürchtung, die Berufsfreudigkeit der Ärzte könne bei nur dreimaligem Avancement leiden, wird hinfällig, wenn der die Anstalt in Abwesenheit des Direktors leitende Oberarzt, der für seine Vertretung eine pensionsfähige Zulage erhält, nicht nach dem Dienstalter, sondern nach Tüchtigkeit und Fähigkeit ernannt wird.

Endlich noch eins. Es sind in der Diskussion Zweifel an der Durchführbarkeit der Siemensschen Vorschläge aufgetaucht. Die Entwickelung der Arztfrage in Pommern hat gezeigt, daß diese Zweifel unbegründet sind. Bis auf die zur Ausbildung des Nachwuchses nötigen Assistentenstellen werden hier in Kürze nur noch Oberarztstellen vorhanden sein.

Dr. Deutsch,
Oberarzt an der Provinzial-Heilanstalt
Lauenburg i. Pom.

Der ärztliche Nachwuchs für Irrenanstalten.

Von Dr. *Sandner*, Ansbach.

Die Schaffung wirksamer Maßnahmen zur Sicherung ärztlichen Nachwuchses für die Irrenanstalten steht zur Zeit im Vordergrund der Diskussion; leider haben sich die jüngeren Anstaltsärzte zu der Frage bis jetzt nur in ganz vereinzelten Fällen vernehmen lassen. Es ist das um so auffallender, als gerade sie die Bedenken kennen müssen, die bei den Studierenden und eben approbierten Medizinern gegen den Eintritt in die Anstaltskarriere bestehen; ob die Reihe der gemachten Vorschläge dazu angetan sein wird, diese weitverbreiteten Bedenken zu beheben, kann doch der am besten beurteilen, der selbst vor seinem Eintritt sie erwog, der die mancherlei Schattenseiten nun an sich selbst erfahren hat und daher die Punkte kennt, an denen Hilfe not tut. Woher dieses fast allgemeine Stillschweigen kommt, weiß ich nicht; für manche Anstalten mag die Erklärung in dem Pessimismus liegen, den die jahrelangen, immer fruchtlosen Bemühungen um Besserstellung allmählich zeitigten. Er ist auch der Grund dafür, daß diejenigen, die nicht so leicht zur Resignation neigen, forttrachten nach den vereinzelten Anstalten, an denen man wenigstens einige Reformvorschläge schon verwirklicht hat; es ist doch gewiß bezeichnend, daß in der Zeit des höchsten Mangels an Irrenärzten in den Fachzeitschriften stellesuchende Psychiater zu finden sind, die von dem Ort ihrer bisherigen Tätigkeit wegzukommen suchen. Die schlechtesten sind es nicht, denn hätten sie nicht Liebe zum Fach, sie suchten sich andere Gebiete ärztlicher Betätigung. Die Abhilfe, die bis jetzt an einzelnen Anstalten nicht in Fluß kam, weil mancher nicht einsehen konnte, warum die Jüngeren Besseres genießen sollten, als sie selbst in den Anfangsjahren ihrer Tätigkeit, tut also dringend not, die Frage dabei bleibt nur, ob die in Aussicht genommenen Vorschläge allein eine Garantie für den Erfolg in sich bergen. Wer nun die verbreiteten Bedenken gegen die Anstaltskarriere kennt, wird dies verneinen, nicht etwa, weil die gemachten Vorschläge falsch wären, sondern weil sie unvollständig sind und gewisse schwerwiegende Punkte unberücksichtigt lassen. Diese Erwägung, von der ich weiß, daß sie auch von anderen geteilt wird, veranlaßt mich, das Wort zu nehmen, in der Hoffnung, daß auch noch weitere Herren sich dazu äußern werden zum Nutzen des Ganzen.

Eines muß ich vorausschicken: den hier ausgesprochenen Gedanken liegen im allgemeinen die bayerischen Anstaltsverhältnisse, die übrigens auch hier in den einzelnen Kreisen sich nicht decken, zu Grunde. Sie werden aber auch für außerbayerische Anstalten manches Zutreffende enthalten.

Wesentlich ist es, für die Aufstellung der Reformvorschläge zwei Punkte voneinander zu trennen: die Gehaltsfrage und die nach der Art des ärztlichen Anstaltsdienstes und der damit zusammenhängenden Anstalts-Laufbahn. Über die erstere ist viel gesagt worden, wenig über die letztere. Daß eine auskömmliche Bezahlung der Ärzte erstrebt werden muß, ist ja selbstverständlich; die Kosten des Studiums, die Art des irrenärztlichen Dienstes, des Krankenmaterials und all die sattsam erörterten hier einschlägigen Punkte sprechen dafür; es wäre wohl auch Torheit weiterhin zu erwarten, daß sich die Ärzte um eine Entlohnung bemühen sollen, die in ihren Anfangsstadien das Gehalt des Anstaltsmaschinisten, des Oberpflegers usw. gar nicht oder eben erreicht. Die derzeitige Lebensverteuerung, die in allen Sparten des Beamtentums den Ruf nach besserer materieller Stellung mit Recht laut werden läßt, mag jedoch schuld daran sein, daß die Gehaltsfrage zu sehr in den Vordergrund gerückt wird und dabei andere Faktoren geringschätzig behandelt werden. Man hat in den letzten Jahren durch einseitige Erhöhung der Anfangsgehälter Ärzte zu bekommen versucht; es war nichts damit, weil dadurch das Unzulängliche der späteren Gehaltsstufen noch krasser wurde; wollte man heute nur die Gehälter insgesamt aufbessern, es wäre ebenso erfolglos, weil die anderen Momente, die den Anstaltsdienst so einseitig und auf die Dauer so abstumpfend machen, damit nicht beseitigt werden. Die Frage der Gehaltsaufbesserungen wird sich übrigens von selbst regeln müssen; Ärzte braucht man, und wie überall, so steigen auch hier die Preise mit dem Rückgang des Angebots. Beschleunigen aber kann man diesen natürlichen Entwicklungsgang einfach dadurch, daß man eine Reihe kleinlicher Einwände gegen die materielle Aufbesserung der Anstaltsärzte fallen läßt: der an maßgebender Stelle beliebte Vergleich mit den Gehältern der Juristen ist so ein Hemmschuh; wenn die für unsere Frage kompetenten Verwaltungskreise sich

nach der Aufbesserung der Irrenärzte zu gering besoldet sehen, so kann das doch nur beweisen, daß auch bei ihnen Hilfe not tut, nie aber kann daraus eine Absage für die Bestrebungen der Ärzte abgeleitet werden. Den Gehalt gar nach der Lage der Anstalt bemessen zu wollen, mag manchem unglaubhaft erscheinen, aber auch das kommt vor; die Frage, wozu denn die Ärzte an entlegenen Anstalten die Aufbesserung brauchten, ist mancherorts tatsächlich recht verbreitet.

So sicher nun ist, daß die Sachlage allein naturnotwendig zu einer befriedigenden Regelung der Gehaltsverhältnisse treibt, ebenso fest steht, daß die blosse materielle Besserstellung den Ärztemangel nicht beseitigen kann. Man hat darum geglaubt, daß das mangelnde Avancement schuld sei an dem geringen Angebot; es liegt darin ein wahrer Kern, doch sollte man bedenken, daß die ganze Ausbildung des Arztes und seine Tätigkeit bei ihm das Streben nach Titel und Rang lange nicht zu der sonst gewohnten Bedeutung kommen läßt; ihm kommt es darauf an, selbständig zu sein, zu schaffen zum Wohle der Kranken, diese in allen Stücken selbst zu führen, in eigener Verantwortung und — wenn ihm ein Erfolg glückt — zur eigenen Befriedigung. Dieser Tatsache wird aber bis heute in den Anstalten nur selten Rechnung getragen; in der Frage der Dienstesobliegenheiten liegt daher ein Hauptfaktor aus der Reihe der Bedenken gegen die Anstaltskarriere. Es besteht ein krasser Unterschied zwischen der Tätigkeit des Arztes außerhalb der Anstalt und der in derselben; der praktische Arzt draußen behandelt seine Kranken und hat daher auch seine Erfolge; der Anstaltsarzt untersteht selbst nach jahrelanger Erfahrung der steten Kontrolle; es würde das auch in Zukunft so bleiben, wenn der Satz Verwirklichung finden sollte, daß der nach den Assistentenjahren „selbständige und zuverlässige Abteilungsarzt im Benehmen mit dem Oberarzt seine Station zu führen hat" (Vocke, Nr. 13 dieser Wochenschr.); mancher, er Liebe zur Psychiatrie hat, bleibt dann der Karriere lieber fern. Tatsächlich bestehen diese Bedenken und es kann daher nur eine Reform geben: die Schaffung selbständiger Abteilungsärzte. Kranke können nur von einem Arzt behandelt werden; das ist eben der Abteilungsarzt, der seine Patienten regelmäßig besucht, alle Schwankungen ihres Befindens selbst beobachtet und so die Therapie oder Beschäftigung bestimmen kann. Würde in Zukunft die Tätigkeit des Anstaltsarztes die aus der Art der ärztlichen Arbeit heraus naturnotwendig zu fordernde Selbständigkeit haben, der Ärztemangel wäre schon um einiges verringert, weil jeder diese dann befriedigende Stellung gerne erstrebte. Dies wäre so leicht zu erreichen durch die Schaffung von drei Aerztegruppen: den Assistenzärzten ohne eigene Abteilung, den selbstständigen Stationsärzten und den Direktoren; dagegen sollte die Bezeichnung „Oberarzt" nichts weiter sein als ein Titel, den die Dienstjahre bringen, doch könnte er auch als Ersatz für die Bezeichnung „Stationsarzt" gewählt werden. Dagegen schrecken „leitende" (Vocke, l. c.) d. h. die „selbständigen" Abteilungsärzte kontrollierende Oberärzte den jungen Mediziner ab, weil die dauernde Kontrolle der ärztlichen Verordnung eine Lähmung der Berufsfreudigkeit nach sich zieht.

Würden sich in Zukunft gute Gehaltsverhältnisse und eine Befriedigung gewährende Selbständigkeit miteinander verbinden, es wäre mehr Aussicht auf Zugang von Ärzten; ließe man dann noch den Irrenarzt heraus aus der Abgeschlossenheit des zur Einseitigkeit erziehenden Anstaltsdienstes, dann käme vielleicht die Zeit, wo der Direktor wieder aus einer Reihe von Bewerbern auswählen könnte.

So wie heute die Verhältnisse liegen, hält man den Irrenarzt streng in seinen Mauern; was der Arzt draußen zur Aufnahme in der Anstalt begutachtet, das darf er nehmen; weit interessanter wäre die Anstaltspsychiatrie, viel verständlicher die Genese mancher Psychose, dürfte sich der Anstaltsarzt hinausholen lassen vom Publikum, könnte er seinen Rat geben, ob und wann Anstaltsbehandlung notwendig ist. Wie leicht ließen sich die Besuche von entlassenen oder beurlaubten Kranken damit verbinden; es würde das Publikum mit eigenen Augen sehen, wie der in weiten Kreisen verschrieene Irrenarzt mit seinen Patienten verkehrt; die immer wieder geschürte Verdächtigung der Irrenanstalten ließe sich so auch einigermaßen bekämpfen. Müßte es weiter nicht im allgemeinen Interesse liegen, wenn die Irrenärzte ihren Aufnahmebezirk in örtlicher und sanitärer Hinsicht aus eigener Anschauung kennen lernten? Eine unentgeltliche Anstaltssprechstunde für bedürftige Nervenkranke, das Recht zur Ausübung von Consiliarpraxis für alle erprobten, selbständigen Anstaltsärzte würden nur den Blick erweitern helfen und die Tätigkeit interessanter gestalten. Und bei alledem würde das Publikum zum Vertrauen zu den Anstalten erzogen.

Eine allgemeine freudige Begrüßung seitens der jüngeren Aerzte wird der in letzter Zeit gemachte Vorschlag finden, nach dem „besondere Neigungen und Fähigkeiten der Einzelnen gefördert und ausgenutzt werden sollen". Diese Möglichkeit wird gewiß manchen anziehen, aber sie behebt nicht die Bedenken gegen den Eintritt in eine nach außen in jeder Beziehung abgeschlossene Tätigkeit. Ließe es sich dagegen ermöglichen, in Zukunft den Irrenarzt aus seiner bisherigen Abgeschlossenheit mehr ins freie Leben hinaus zu stellen, die Anstaltstätigkeit wäre vielseitiger und darum mehr begehrt als dies zur Zeit der Fall sein kann.

Wünschenswert wäre es, daß sich noch mehr Herren zu diesen Fragen äußern. Bewiese ihre Zustimmung, daß auch nach ihren Erfahrungen mit der Verwirklichung der gemachten Vorschläge sich der Zuzug von Aerzten heben ließe, dann fänden sie wohl auch bei den maßgebenden Kreisen die verdiente Berücksichtigung.

Mitteilungen.

— Bericht über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** in Frankfurt a. M. und Gießen vom 26. bis 28. April 1907.

Sioli-Frankfurt a. M.: Die Beobachtungsabteilung für Jugendliche an der städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.

Die Abteilung hat sich in den letzten sieben Jahren allmählich aus dem praktischen Bedürfnisse heraus entwickelt; es wurden seit 1900 40 Knaben und 29 Mädchen (sämtliche im schulpflichtigen Alter) aufgenommen. 15 davon verteilten sich auf die Diagnose: Erschöpfungspsychose, Dementia präcox, Neurasthenie und Hysterie, 16 wurden als unheilbar (epileptisch, idiotisch) in Pflege- und Siechenanstalten abgegeben. Die übrigen 38 waren degenerativ veranlagt und mit abnormen Trieben, Poriomanie, Kleptomanie und abnormen sexuellen Neigungen behaftet; 12 davon konnten nach eingetretener Besserung der Fürsorgeerziehung überwiesen werden, die übrigen aber wurden als nicht erziehungsfähig und nicht Gegenstand des Fürsorgeerziehungsgesetzes begutachtet. Von den abnormen Trieben wurzelt am tiefsten der Hang zum Stehlen. Die Behandlung ist eine systematische medizinisch-pädagogische; es wird regelmäßiger Unterricht von einem hauptamtlich angestellten Lehrer erteilt. Die Einlieferung der Jugendlichen erfolgt sowohl auf Veranlassung der Eltern als auch der Schulärzte, des Waisenamts und der Zentrale für private Fürsorge. Im April ds. Js. zählte die Abteilung elf männliche und zehn weibliche Jugendliche. Sioli empfiehlt Errichtung gleicher Abteilungen in anderen größeren Anstalten.

Nitsche-München: Über die chronische Manie.

Während man früher, gemäß einer symptomatischen Fassung dieses Krankheitsbegriffes, unter chronischer Manie chronische Erregungszustände überhaupt verstand und dabei ganz vorwiegend Endzustände von Verblödungspsychosen im Auge hatte, wies man später, nachdem man gelernt hatte, das Bild der Manie in der jetzt noch geltenden Weise zu umschreiben, wiederholt darauf hin, daß diese für gewöhnlich akut verlaufende Krankheit in seltenen Fällen chronisch werden kann. Man faßte diese chronisch-manischen Erregungen schwerer Art meist als Ausgangsformen akuter Fälle auf. In neuerer Zeit haben einige Autoren darauf aufmerksam gemacht, daß es chronische hypomanische Zustände gibt, die sie als chronische Manie (Wernicke, Siefert, Specht) bezeichneten. Auch die von Jung beschriebene manische Verstimmung, sowie die damit identische konstitutionelle Erregung Kraepelins gehören hierher als hypomanisch gefärbte Krankheitsbilder leichtester Art, die von beiden Autoren zu den Zuständen von psychopathischer Minderwertigkeit, resp. unter die originären Krankheitszustände gerechnet werden. Kraepelin nimmt an, daß es sich bei den als chronische Manie zu bezeichnenden Fällen um Formen des manisch-depressiven Irreseins mit verwischter Verlaufsart und unvollkommenen Intermissionen handelt. Demgegenüber sehen Wernicke und Specht in der chronischen Manie ein selbständiges Krankheitsbild. Der letztere Autor rechnet sie zu den konstitutionell psychopathischen Zuständen, gibt jedoch zu, daß sie den periodischen Psychosen nahe verwandt und durch Übergangsformen mit ihnen verbunden sei. Er nimmt an, daß das auch symptomatisch eigenartige Bild zur Zeit der Ausreifung der Persönlichkeit entsteht, auf der Höhe des Lebens eine Verschlimmerung erfährt und erst im Alter allmählich nachdunkelt.

Vortragender erörtert nun auf Grund einiger, teils von ihm beobachteten, teils in der Litteratur veröffentlichten Fälle von chronisch hypomanischem Charakter die Frage nach dem Verlauf und der klinischen Stellung dieser Formen. — Unter den betrachteten Fällen befand sich zunächst eine Gruppe von Kranken, bei denen das Krankheitsbild dauernd das der konstitutionellen Erregung Kraepelins blieb. Meist, aber nicht immer, ließ sich die Störung bis in die frühe Jugend zurückverfolgen. Die Patienten, bei denen das möglich war, hatten meist bis gegen die zwanziger Jahre hin das Bild sanguinischer Psychopathen gegeben, und es war erst dann eine Steigerung der Erscheinungen zu der definitiven Höhe zu konstatieren. Meist unterlag der Zustand Schwankungen. In einigen weiteren Fällen zeigte sich bei konstitutionell Erregten um das 30. Lebensjahr eine schwerere hypomanische Erregung. Ein 54jähriger Kranker dieser Art blieb fernerhin frei von solchen akuten Steigerungen und bot wie zuvor das Bild eines manischen Querulanten. Bei einem andern von gleichem Alter traten im 28., 38. und 48. Lebensjahre akute manische Phasen von schwererer Art und zunehmend langer Dauer auf, deren einer eine Depression voraufging, und es schien sich auch der intervalläre Dauerzustand allmählich etwas zu verschlimmern. — Wieder eine andere Gruppe von Kranken zeigt zunächst, bis gegen das 30. Jahr etwa, das Bild von unternehmungslustigen, streitsüchtigen Psychopathen mit gehobenem Selbstgefühl; es steigert sich dann diese Eigentümlichkeit, die Kranken bieten zunächst das Zustandsbild einer konstitutionellen Erregung, und in vorgeschrittenerem Alter, gegen das 40. oder 50. Jahr hin, setzt eine deutliche Hypomanie ein, die bald mehr stabil, bald unter Schwankungen verläuft, ein oder zwei Jahrzehnte dauert und bis jetzt nicht wieder abgeklungen ist (es handelt sich um Leute im Alter von 50 bis 60 Jahren). Eine 64 Jahre alte Patientin endlich ist seit 25 Jahren hypomanisch, und zwar erinnert ihr Zustand symptomatisch offenbar sehr an die Fälle, die Specht im Auge hat. Die Hypomanie hat sich jedoch erst im 36. Lebensjahre aus einer schweren Depression von dreijähriger Dauer herausentwickelt.

Es fällt auf, daß bei diesen Fällen die ausgeprägten psychotischen Exazerbationen erst in späteren Jahren, frühestens gegen das 30. Lebensjahr hin, auftreten und daß auch, wo solche akute Steigerungen chronisch werden, es im höheren Alter geschieht.

Vortr. bespricht nun kurz die symptomatische Eigenart der Fälle. Er möchte den Begriff der konstitutionellen Erregung auch auf gewisse psychopathische Individuen ausdehnen, die für gewöhnlich unter die Gruppe der hysterischen Charaktere gerechnet, oder wohl auch als folie raisonnante bezeichnet werden. Den Individuen mit hysterischem Charakter gegenüber zeichnen sie sich durch das Fehlen der Beeinflußbarkeit und durch den endogenen Charakter der etwa vorhandenen Schwankungen aus. Die ausgeprägt hypomanischen Zustände waren meist charakterisiert durch starkes Zurücktreten der motorischen Erregung, durch Überwiegen räsonnierender und querulierender Stimmungsnüancen. Wo Wahnbildungen vorhanden waren, erschienen die persekutorischen mehr nur episodisch, traten jedenfalls sehr zurück hinter den megalomanischen. Systematisierung fand nur vorübergehend auf Höhepunkten der Erregung statt. Eigentliche Ideenflucht fehlte sehr oft; doch zeigten die Kranken meist eine auffallende Weitschweifigkeit. Sehr häufig waren Erinnerungsfälschungen.

Erbliche Belastung zeigten von fünfzehn Kranken elf, und zwar vier in Form einer gleichartigen Belastung.

Was schließlich die klinische Stellung solcher Fälle anlangt, so gilt für manche unter ihnen das Wort Kraepelins von Formen des manisch-depressiven Irreseins mit verwischter Verlaufsart und unvollkommenen Intermissionen. Bei den Fällen mit mehr stabilem Verlauf ist diese Deutung nicht zulässig. Indessen sieht Vortragender keinen Grund ein, nicht auch sie der großen Gruppe des manisch-depressiven Irreseins einzureihen, auch dann, wenn der Zustand schon in der Jugend begonnen hat. Solche Fälle würden dann eigenartige manische Erkrankungen darstellen, die schon in früher Jugend eingesetzt haben. Daß die Fälle von konstitutioneller Erregung, wenn die Störung bis in die Kindheit zurückzuverfolgen ist und dauernd bestehen bleibt, Übergangsformen vom manisch-depressiven Irresein zu den originären Krankheitszuständen darstellen, liegt auf der Hand; gehen sie doch ohne scharfe Grenze in noch innerhalb der Gesundheitsbreite befindliche eigenartige Charakter über. Gewisse Beobachtungen sprechen dafür, daß auch so leichte, das Bild der manischen Erregung nur streifende Störungen, wie wir sie zur konstitutionellen Erregung rechnen, keineswegs dauernde persönliche Eigentümlichkeiten darstellen müssen, — ein Grund mehr, solche Fälle nicht vom manisch-depressiven Irresein abzutrennen und in der konstitutionellen Erregung chronisch-manische Erregungen leichtester Art zu sehen.

Der Vortrag wird in erweiterter Form veröffentlicht. (Autoreferat.)

Referate.

— Rieger: Untersuchung über Muskelzustände. Begrüßungsschrift, dem II. Congreß für experimentelle Psychologie dargebracht von der psychiatr. Klinik der Universität Würzburg. Jena 1906. Gustav Fischer.

Mit der vorliegenden Schrift bringt Rieger in kürzester Form die lang erwarteten ersten Resultate seiner seit mehr als einem Jahrzehnt mit vorbildlicher Exaktheit und staunenswertem Scharfsinn angestellten Untersuchungen über einige ganz neue Fragen der Muskelphysiologie und gibt mit ihnen eine wertvolle Grundlage für neue Forschungen auf diesem für den Neurologen und Psychiater so wichtigen Gebiete. Wie er selber sagt, befindet er sich bei den jetzt mitgeteilten Untersuchungen noch ganz im Parterre des zu errichtenden wissenschaftlichen Gebäudes; doch werden auch hier schon weite Ausblicke angedeutet, die man von künftigen höheren Etagen voraussichtlich erhält.

Auf das Ganze seiner, durch zahlreiche Abbildungen einem weitem Leserkreise leicht verständlich gemachten Versuche einzugehen, ist hier nicht der Platz. Erwähnt sei nur folgender Kraftnachweis Rieger's: Neben zahlreichen, der „toten Physik" angehörenden Erscheinungen, treten bei der Muskelaktion Wirkungen (die „Bremsungen" Rieger's) auf, die eine völlige Umkehr der Verhältnisse erzielen, wie sie durch die tote Mechanik bedingt wären; diese „Bremsungen" wirken, wie sich auf das exakteste nachweisen läßt, in durchaus zweckmäßiger Weise und lassen sich durch ein relativ einfaches Verfahren graphisch zur Darstellung bringen.

O. Ranke-Wiesloch.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 16. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft in Stärke von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Zum 1. August

Assistenzarzt

für **Privat-Irrenanstalt** gesucht. Anfangsgehalt bei freier Station 150 M. bezw., wenn psychiatrisch vorgebildet, 200 M. pro Monat. Sanitätsrat **Dr. Edel,** in **Charlottenburg,** Berlinerstr. 17.

K. Heilanstalt Weinsberg (Württembergische Staatsirrenanstalt, neuerbaut, 500 Kranke). Eine

Assistenzarztstelle

ist **sofort zu besetzen.** Anfangsgehalt 1800 M. neben freier Station I. Kl. (auf Wunsch statt geistiger Getränke 200 M. Entschädigung). Bewerbungen nimmt entgegen die **Direktion.**

An der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache zu **Langenhagen** und zwar zunächst an der mit der Anstalt verbundenen Beobachtungsstation für Geisteskranke der Stadt Hannover, soll zum 1. Oktober d. Js. die Stelle einer

Oberwärterin

besetzt werden. Das Gehalt beträgt 800 bis 1200 M., steigend alle 2 Jahre um 50 M., nebst freier Station in einem pensionsfähigen Werte von 600 M. In der Irrenpflege erfahrene, gebildete Damen wollen sich unter Vorlegung Ihrer Zeugnisse, eines ausführlichen Lebenslaufes etc. melden bei der Direktion.

Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz (Posen). Bahn Bentschen-Landsberg a. W.

Eine neugeschaffene **Assistenzarztstelle** ist sofort zu besetzen. Anfangsgehalt 2000 M., steigend alle Jahre um je 100 M. bis zu 2500 M. Außerdem freie Wohnung, freie Kost I. Klasse, freie Heizung, Beleuchtung und Wäsche. Nach 5 jähriger Dienstzeit in der Provinzial-Verwaltung Posen Anstellung auf Lebenszeit mit Pensionsberechtigung bei 3300 M. Anfangsgehalt und Familienwohnung. Psychiatrische Vorbildung nicht erforderlich. Meldungen an die Direktion.

Die Rheinische Volksheilstätte für weibliche Nervenkranke **Roderbirken bei Leichlingen,** Kr. Solingen (145 Betten), sucht zum 1. Oktober einen

II. Assistenzarzt.

Anfangsgehalt 1500 M., jährlich steigend um 300 M., bei völlig freier Station. Meldungen erbeten an den leitenden Arzt Dr. Beyer.

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Die Stelle des

I. Assistenzarztes

an der **Psychiatrischen Klinik in Greifswald** ist wegen Erkrankung des bisherigen Inhabers baldigst zu besetzen.

Meldungen werden an die Direktion erbeten.

Automobil (4 Cyl.)

12 HP Fafnirmotor, Phaeton, 4—5 Sitze mit Verdeck, ganz neu (Ansch.-Preis 7000 M.) billig zu verkaufen.

Näheres durch d. Exped. d. Bl. 1035

Im Ctr. des vornehmsten W. Vorortes von Berlin, ist ein mit der **Konzession zum Betriebe einer Irrenanstalt** versehenes Grundstück (geeignetes Anstaltsgebäude mit grösserem Park) **baldmöglichst** unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre: **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

Dr. Warda, früher I. Assistenzarzt von Herrn Geheimrat Professor Dr. Binswanger in Jena, empfiehlt seine Heilanstalt für Nervenkranke

Villa Emilia

zu **Blankenburg** im Schwarzatal (Thüringen). Die Anstalt ist durch einen schönen und zweckmäßigen Neubau vergrößert und das ganze Jahr geöffnet. 987

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Psychiatrische Gesichtspunkte in der Beurteilung und Behandlung der Fürsorgezöglinge.

Vortrag, gehalten auf dem Allgemeinen Fürsorge-Erziehungs-Tage in Breslau am 12. Juni 1906.

Von

Dr. med. Clemens Neisser,

Direktor der Schles. Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Bunzlau.

Preis M. 0,80.

Der Warenhausdiebstahl.

Von Sanitätsrat Dr. **L. Laquer,** Nervenarzt in Frankfurt a. M.

Preis 1,— Mk.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 16. 13. Juli **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Einiges zur Pflegerfrage.

Von Oberarzt Dr. *C. Wickel*, Obrawalde bei Meseritz (Posen).

Gutes Pflegepersonal ist für Krankenanstalten unentbehrlich. Ganz besonders sind wir in der Irrenpflege auf gutes und zuverlässiges Pflegepersonal angewiesen.

Ohne Frage ist es mitunter schwer, für den Irrenpflegerberuf geeignete Personen zu gewinnen und vor allem zu erhalten, obwohl von allen Seiten und auf die verschiedenste Weise dahingestrebt wird, die Pflegerstellen begehrenswerter zu machen.

Es ist aber nicht zutreffend, wenn aus den Prozentzahlen des Wechsels ungünstige Schlüsse auf die Güte des Irrenpflegepersonals überhaupt gezogen werden. Der Wechsel ist allerdings groß. Vorwiegend hat er indes unter den neu Eingetretenen statt, denen aus irgend einem Grunde der Dienst, das engbegrenzte Anstaltsleben nicht behagen, die sich als ungeeignet erweisen. Wohl die meisten Anstalten haben einen guten, zuverlässigen und erprobten Stamm von Pflegepersonal.

Von einer Abnutzung, von Apathie habe ich bei von Hause aus tüchtigen Pflegern auch nach mehr wie zehnjähriger Dienstzeit nichts beobachtet.

Um das Pflegepersonal theoretisch und praktisch zu fördern, wird heute fast allgemein von den Ärzten Pflegeunterricht erteilt. Ein Examen findet, soweit ich weiß, in der Regel nicht statt. Auf Grund eigener Erfahrung kann ich nach Beendigung des Kurses ein Examen in Gegenwart des Direktors empfehlen. Ein solches Examen hebt an sich nicht nur die Bedeutung des Unterrichts in den Augen des Personals, es spornt auch zu vermehrtem Eifer an.

In Niederösterreich ist man in den letzten Jahren dazu übergegangen, den Pflegeunterricht offiziell zu regeln. Es sollen mindestens je zwei Kurse im Jahr von zweimonatlicher Dauer, getrennt für Männer und Frauen, stattfinden. Nach Schluß der Kurse finden Prüfungen nach genauen Bestimmungen statt. Der Landesausschußreferent kann ihnen beiwohnen. Über das Ergebnis werden Prädikate erteilt. Bei ungenügendem Erfolg kann die Prüfung einmal nach Ablauf eines Jahres und Absolvierung eines neuen Kurses wiederholt werden. Alle neu eintretenden Pfleger haben sich binnen zwei Jahren der Prüfung zu unterziehen. Ungenügender Ausfall hat zur Folge, daß nur ein Aufrücken bis zur zweiten Lohnkategorie erfolgen kann. Deiters meint hierzu, daß es des Guten zuviel tuen heiße, einen so großen offiziellen Apparat in Bewegung zu setzen. Mit weniger Umständlichkeit dürfte man Gleiches erreichen können. Ich möchte eher einer ähnlichen offiziellen Regelung des Pflegerunterrichts mit dadurch zu erwerbenden günstigeren Gehalts-, Anstellungs- etc. Verhältnissen auch bei uns das Wort reden. Die Absolvierung eines behördlich vorgeschriebenen Lehrgangs das Bestehen einer besonderen Prüfung, dürfte außerdem nicht nur geeignet erscheinen, wie Stransky schon ausführte, das Standesgefühl zu heben, es würde dadurch auch, worauf großer Wert zu legen wäre, der Irrenpflegerberuf bei den Fernerstehenden eine bessere, höhere Einschätzung und Wertung erfahren.

Die bei dem Examen gezeigten Kenntnisse müßten mitberücksichtigt werden bei Ernennungen zum Stations- und zum Oberpfleger.

Es wäre weiterhin daran zu denken, durch Extrakurse oder durch besondere Gestaltung der regelmäßigen Kurse, den Pflegern zu ermöglichen, das Heilgehilfenexamen zu bestehen. Bei Pflegerinnen kämen Stellen als Gemeindepflegerinnen in Frage.

Daß in einer Irrenanstalt mehr wie genug Gelegenheit zur Pflege körperlich Kranker vorhanden ist, bedarf keiner Ausführung. Man denke nur an die Siechen- und Lazarettabteilungen.

Es wäre auch zu überlegen, wie schon angeregt

wurde, den Pflegern etwa durch Beurlaubung die Möglichkeit zu bieten, sich als Desinfektoren auszubilden. Überhaupt erscheint es nicht unangebracht, daß eine Anstalt selbst ein bis zwei Pfleger (Oberpfleger) zum eigenen Bedarf als Desinfektoren ausbilden und prüfen läßt.

Vielleicht trüge die Möglichkeit, später mit Hilfe des an der Anstalt Gelernten einen anderen wie den Irrenpflegerberuf zu ergreifen, zumal, wenn ein älterer Pfleger aus irgend einem Grunde ausscheiden muß, dazu bei, die Pflegerstellen erstrebenswerter zu gestalten.

Eigene Zimmer für das Pflegepersonal werden an vielen Anstalten schon geboten. Noch mehr Gutes scheinen mir die besonderen Häuser für das unverheiratete Pflegepersonal zu haben und geeignet zu sein, manchen zum Verbleiben im Dienst zu veranlassen.

Sie erlauben am bequemsten, daß das Pflegepersonal für sich ist, daß jeder sein eigenes Zimmer hat und, so oft es sich einrichten läßt, allein schläft.

Die vielfach eingerichteten Pflegerheime (besondere Zimmer zur Erholung) dürften, bei dem männlichen Personal wenigstens, nicht den Anklang gefunden haben, den man erwartet hat.

Im nachstenden seien die in Niederösterreich geltenden Bestimmungen über die methodische Ausbildung des Pflegepersonals wiedergegeben.

Einen besonderen Wert legt der Landes-Ausschuß auf eine gründliche systematische Ausbildung des Pflegepersonals, sowie auf die Nachweisung der erlangten theoretischen und praktischen Kenntnisse im Wege der Ablegung einer Prüfung, welche Intention die volle Zustimmung des hohen Landtages gefunden hat.

Es wird daher — gemäß den bezüglichen Anordnungen des hohen Landtages — in Zukunft jede Pflegeperson sich einer Pflegerprüfung zu unterziehen haben, welche nicht bloß als Formsache zu betrachten, sondern mit dem gebotenen Ernste zu behandeln sein und hinsichtlich ihrer Ergebnisse auch zur Beurteilung der Sorgfalt, welche auf die Unterweisung des Pflegepersonals verwendet würde, wesentlich beitragen wird.

Die bisher zufolge hohen Erlasses vom 12. Mai 1901, Zl. 11 296, in Kraft gestandenen Verfügungen, betreffend die Organisation des Pflegerunterrichts und der Pflegerprüfung werden nunmehr unter Zugrundelegung des hohen Landtagsbeschlusses vom 12. Nov. 1903 durch die nachstehenden ersetzt.

I. Allgemeine Grundsätze für den Pflegeunterricht und die Pflegeprüfungen.

1. Dem Pflegeunterrichte und den Pflegeprüfungen ist der mit Landesausschußerlaß vom 13. Dezember 1900, Zl. 36155, approbierte, von Dr. Heinrich Schlöß verfaßte „Leitfaden zum Unterrichte für das Pflegepersonal an öffentlichen Irrenanstalten", ferner die Dienstbelehrung und die Hausordnung der betreffenden Anstalt zugrunde zu legen.

2. Neben diesen soll die Lehre von den wichtigsten und notwendigsten Verbänden und Instrumenten, deren eingehende Darlegung im Leitfaden nicht in vollkommen zweckentsprechender Weise stattfinden kann, sowohl Gegenstand des Unterrichts als auch der Prüfung sein. Von den Instrumenten sollen hierbei nur die gebräuchlichsten und wichtigsten Namen, Zweck, Gebrauchsweise, Art der Reinigung usw., beim Unterricht und bei der Prüfung in Betracht kommen, von den Verbänden nur die einfachen Tücher und Rollbindenverbände unter Ausschluß des immobilisierenden Verbandes.

3. Die anatomisch-physiologische Einleitung des zweiten Teiles soll Gegenstand des Unterrichts sein, doch soll nur über jene vom Kursleiter den Schülern besonders zu bezeichnenden Teile derselben geprüft werden, welchen unmittelbar praktische Verwertung für die Krankenpflege zukommt.

4. Die geschichtliche Einleitung des ersten Teiles mit ihren Hinweisen auf das Wesen und die Bedeutung der modernen Irrenpflege soll wohl Gegenstand des Unterrichts, aber nicht der Prüfung sein.

II. Spezielle Vorschriften über den Pflegeunterricht.

1. Zum Zwecke der Vorbereitung für die Pflegeprüfungen sind jährlich Unterrichtskurse in der Dauer von je drei Monaten, und zwar in der Regel in je zwei Abteilungen getrennt für das männliche und weibliche Pflegepersonal abzuhalten. Die Zahl der Unterrichtsstunden wird nach Bedarf bestimmt, die Termine für die Kurse werden auf die Monate Februar, März, April, bezw. September, Oktober, November festgesetzt. In Ausnahmsfällen kann die Direktion eine Verschiebung der Unterrichtstermine verfügen, die sich aber stets innerhalb der Frühjahrs- und Herbstzeit bewegen muß.

2. Die Unterrichtskurse werden von jenen Anstaltsärzten geleitet, welche der Direktor hierzu bestimmt. Die Abhaltung der Kurse ist eine Dienstpflicht der Anstaltsärzte, für welche eine besondere Honorierung nicht stattfindet.

3. Die Kurse werden 14 Tage vor ihrem Beginn dem gesamten Pflegepersonal unter Namhaftmachung der Kursleitung angekündigt. Die Pflegepersonen, die an den Kursen teilzunehmen beabsichtigen, haben sich acht Tage vor Beginn des Kurses bei dem Kursleiter zu melden, welcher bei Beginn des Kurses der Direktion die Liste vorlegt. Die Teilnehmer der Kurse werden vom Direktor im Einvernehmen mit dem Kursleiter bestimmt.

4. Die Zahl der Teilnehmer an einem Kurse soll die Zahl von 15 nicht überschreiten.

5. Das Erfordernis für die Anschaffung der zum Unterricht notwendigen Lehrmittel ist jeweilig in den Anstaltsvoranschlag einzustellen.

III. Pflegeprüfungen.

1. Die Pflegeprüfungen werden in dem der Beendigung eines Kurses folgenden Monat abgehalten.

2. Zur Ablegung der Prüfung haben sich die Pfleger bei der Direktion der Anstalt mündlich zu melden.

3. Die Meldung zur Prüfung hat innerhalb des zweiten Jahres der Dienstzeit, jedoch nur nach Absolvierung des vorgeschriebenen Kurses zu erfolgen.

4. Nach Schluß der Meldungen legt der Direktor dem Landes-Ausschuß mindestens acht Tage vor dem Prüfungstermin die Liste der zur Prüfung Vorgemerkten vor, und berichtet der Direktor hierbei über den Zeitpunkt der Prüfung.

5. Die Pflegeprüfungen finden in Zukunft stets unter dem Vorsitz des Landesausschuß-Referenten, bezw. eines von demselben delegierten Amtsorgans statt.

6. Die Prüfungskommission besteht aus dem Landesausschuß-Referenten, bezw. dessen Delegierten als Vorsitzenden, dem Direktor (event. dessen Stellvertreter) und aus dem Kursleiter. War der Direktor der Kursleiter, so soll einer der Anstaltsärzte zur Prüfungskommission zugezogen werden. In jenen Anstalten, für welche Abteilungsvorstände sistemisiert sind, hat auch noch der Abteilungsvorstand, falls er nicht selbst Kursleiter ist, als Mitglied der Prüfungskommission zu fungieren.

7. Die Prüfung der Pflegepersonen erfolgt nach der Reihenfolge der Anmeldungen, doch soll allen Pflegepersonen die Möglichkeit geboten sein, die Prüfung im unmittelbaren Anschlusse an den Unterrichtskurs abzulegen.

8. Die Fragestellung geschieht durch den Kursleiter. Es steht jedoch jedem Kommissionsmitglied das Recht zu, auch seinerseits Fragen zu stellen.

9. Die Klassifikation erfolgt mittels der drei Noten: „sehr gut", „gut", „ungenügend". Die Note „sehr gut" darf nur dann gegeben werden, wenn alle Kommissionsmitglieder einverstanden sind; die Note „ungenügend" ist hingegen schon dann zu erteilen, wenn auch nur ein Kommissionsmitglied dafür stimmt.

10. Das Prüfungsergebnis wird den Pflegepersonen sofort nach Beendigung der Prüfung mitgeteilt.

11. Bei ungenügendem Erfolge ist eine Wiederholung der Prüfung nur einmal, und zwar erst nach Ablauf eines Jahres und nach neuerlicher Absolvierung eines Kurses zulässig.

Die Wiederholungsprüfung findet unter dem Vorsitz des Landesausschuß-Referenten, bezw. dessen Delegierten statt.

12. Prüfungszeugnisse werden nicht ausgegeben; das Prüfungsergebnis wird in die Qualifikationstabelle der geprüften Pflegepersonen, und im Falle des Austritts derselben aus dem Anstaltsdienste in das Abgangszeugnis eingetragen.

13. Die Prüfung soll sich auf das Wesentliche und Wichtige beschränken, vorwiegend praktische Gegenstände betreffen, jeden bloßen Memorierstoff ausschließen und keinerlei Anforderungen an die Redegewandtheit stellen.

Die Prüfungsfragen sollen sich enge dem Inhalte des Leitfadens und der Fassung der Dienstinstruktion anschließen.

14. Den Angestellten und Bediensteten der Anstalt kann auf ihr Verlangen von der Direktion gestattet werden, den Pflegeprüfungen beizuwohnen.

Als äußeres Kennzeichen der abgelegten Prüfung dient hier bei den Pflegern ein gelber schmaler Streifen auf der Dienstkappe; bei den Pflegerinnen eine Brosche.

Materiell erfolgt die Erhöhung des Lohnes um vier Kronen.

Zur Debatte über die Ärztefrage.

Der irrenärztliche Nachwuchs hängt nicht in letzter Linie von der Stellung ab, welche den älteren Ärzten gegeben wird.

Die wirksamste Betätigung der ärztlichen Kräfte und hiermit eine zufriedenstellende Lösung der Ärztefrage dürfte durch folgende, in den Grundzügen hergesetzte Organisation, welche vielleicht schon in dieser oder jener Anstalt besteht, gewährleistet werden:

Die Anstalt besteht aus Abteilungen von 400 Kranken (bei vorwiegend Pflege-Anstalten können es mehr sein). Eine Abteilung wird von dem Direktor und die übrigen von Oberärzten ärztlich geleitet und zwar mit voller ärztlicher Selbständigkeit und Verantwortlichkeit unbeschadet des Aufsichtsrechts des Direktors, welcher Konsiliarius und der Vorgesetzte bleibt und sozusagen die Funktion des Landespsychiaters den Abteilungsleitern gegenüber ausübt. Die gesamte ärztliche Korrespondenz ihrer Abteilungen wird ihnen zugewiesen. Jede Abteilung zerfällt in Unterabteilungen, welche unter der Leitung des Abteilungsleiters den anderen Ärzten mit soweit als möglich reichender ärztlicher Selbständigkeit in der Behandlung der Kranken unterstellt sind.

Natürlich müssen alle auf einer Abteilung beschäftigten Ärzte die gesamte Abteilung gründlich kennen.

Empfehlenswert ist ferner ein Wechsel der Ärzte sowohl auf den Abteilungen, als auf den Unterabteilungen, auf den ersteren etwa alle zwei bis drei, auf den letzteren etwa alle ein bis zwei Jahre.

Bei Behinderung des Direktors am Dienst übernimmt die Direktorialgeschäfte der älteste Oberarzt, es sei denn, daß er wegen Führung der Verwaltungsgeschäfte Verzicht leistet, indem er mit seiner Stellung abgeschlossen hat, in welchem Falle der nächstältere Oberarzt den Direktor vertreten würde. Während der Vertretung wird die Abteilung des Direktors von dem ältesten Arzt seiner Abteilung mit ärztlicher Selbständigkeit und Verantwortlichkeit geleitet.

Die Anstellung der Aerzte nach fünfjähriger Dienstzeit als Oberärzte ist neben den in der Debatte bereits erwähnten Gründen auch aus dem Grunde zur

sozialen Hebung des Irrenärztestandes erstrebenswert, weil die Heiratsaussichten größere sind, wenn der unter den Töchtern des Landes Umschau haltende Arzt den Schwiegereltern eine sichere Aussicht unterbreiten kann.

Bei dieser Organisation werden die Nachteile des Baues großer Anstalten aufgewogen.

Dr. Kerris, Galkhausen.

Die Neurologie im Beginne des 19. Jahrhunderts.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Hildesheim.

(Fortsetzung.)

Den langen Zug der Umschläge und Einreibungen ließ man mit gleicher Unermüdlichkeit gegen das Nervensystem vorgehen. Man legte Riesenkataplasmen auf den Unterleib, wusch Unterleib und Magengegend mit den stärksten Weinen und Arrak, rieb gelähmte Gliedmaßen mit einer Auflösung von Phosphor oder in Naphtha vitrioli und machte kalte, heiße und laue Umschläge an den Kopf. Man legte bei dem Tic douloureux Kompressen, die mit Sublimat getränkt waren, auf die Trigeminusgegend, oder betunkte sie bei Tage mit einem Sublimatschwamm. Bei Apoplexien befeuchtete man den vorher abgeschorenen Kopf beständig mit Schwefeläther. Wurde die Sache dringlicher, so legte man Senfteige dort auf, wo sich Platz fand, man ließ spanische Fliegen die krankhafte Materie aus den Nerven ziehen, oder applizierte große Blasenpflaster auf Schädel und Nacken.

Über die Hauptidee bei der Anwendung dieser hautreizenden Mittel verbreitet sich Jördens (1810) in seiner „merkwürdigen Lähmung". Der Krätzestoff, der durch unrechtmäßige Mittel zurückgetrieben war, habe den Schlagfluß ausgelöst. Zwar riefen die Sinapismen einen sehr wichtigen Ausschlag hervor, aber obgleich auch große Portionen Stein- und Rheinwein gereicht wurden, da auch Asthenie die Ursache sei, überfiel den Kranken eine neue Synkope.

Ließ alles andere im Stiche und wurden die Krankheiten zu hartnäckig, so mußte die alte gute graue Salbe in die Funktion treten, die sie auch heute noch mit solchem Erfolge ausübt.

Bei Gehirnentzündungen und ähnlichen Prozessen rasierte man den Schädel, machte Einschnitte, die sich über die ganze Kopfhaut erstreckten, ließ sie brav ausbluten, streute Mercur praecip. rubrum ein, machte darüber laue Umschläge und ließ es dann gehörig eitern.

Auch sonst scheute man nicht die Kraftkuren. Exter beschreibt (1799) eine „geschwinde Heilung des nervigten Hüftwehs". Bei dieser Gelegenheit moquiert er sich über Çotunni, der das alte Hüftweh, das längst von Hippokrates beschrieben worden sei, wieder ausgegraben habe und sich nun mit der Erfindung brüste. Die Lähmung, die „Dörrsucht des Schenkels und die Krümme des Beines" stellten zur Genüge die Diagnose sicher.

Als Exter nach Petrini mit einem scharfen glühenden Eisen die schmerzlichste Stelle gebrannt hatte, erzielte er eine prompte Heilung. Nicht immer aber kam es also. Bei einem Tic douloureux schritt man schließlich zum kreuzweisen Zerschneiden des Zahnfleisches: „Reißen, Schneiden, Blutegel, Pflaster, Schröpfen hinter dem Ohre wechselten auf dem Schmerzensschauplatz, was Wunder, daß die Leidende über diese sinnreichen Anstalten fast von Sinnen kam".

Nicht besser erging es einem Kranken Kapps, der gleichfalls an einem Gesichtsschmerze litt, ohne daß Krebsgift nachzuweisen war und ohne daß Scirrhositäten der Brüste zugegen waren. Die Durchschneidung des n. intraorbitalis und frontalis blieb fruchtlos, obgleich die Enden durch Hin- und Herfahren mit dem Bistouri voneinander entfernt und lange eiternd gehalten wurden. Sehr richtig bemerkt Kapp: „Sollte nicht die Darstellung solcher Fälle, bei welchen die Anwendung mechanischer oder chemischer Heilmittel nichts fruchtete, reiner Gewinn für die Kunst und zunächst für die leidende Menschheit sein".

Die meisten seiner Kollegen hatten allerdings diese Selbstverleugnung nicht, lieber berichteten sie über ihre glänzenden Heilerfolge und am wohlsten fühlten sie sich, wenn sie berichten konnten, wie sie auf eine ganz neue Manier den häßlichen Nervenkrankheiten ein Schnippchen schlagen konnten.

Conradi (1799) band bei einer Wassersucht der Hirnhöhlen in Scheiben geschnittene Zwiebeln unter die Fußsohlen, Succon heilte (1800) bei einer Dame, die an hysterischen Umständen litt, eine Fazialislähmung durch Auflegen eines schwarzen Lämmerfelles, und ein Unbekannter verordnete bei einer Hirnwassersucht Nießmittel, worauf sehr

viel klare Flüssigkeit auf das Schnupftuch ausgeleert wurde, „vielleicht besteht eine Verbindung der Gefäße des Gehirns mit denen der Nase".

Nachdem man schon früher vermittels Reiben mit einer scharfen Bürste bei Lähmungen vorgegangen war, widmete ihr Mollwitz (1800) einen besonderen Artikel: „Einige Beobachtungen über die Wirkungen der Metallbürste, nebst der Abbildung". Dieses Wunderinstrument, das die Wirkungen der Friktion, des Druckes, Peitschens und Bürstens in sich vereinigte, heilte allgemeine Hyperästhesie und Krämpfe, weil dadurch die Spannung der Nerven vermindert wurde.

Gegen eine Facialisparese, die von unterdrückter monatlicher Reinigung herrührte, verordnete Müller Bähungen mit heißer Luft an den Geburtsteilen, gleichzeitig aber auch stärkere Leibesbewegung und sogar mäßiges Tanzen, und ging damit zu den Grundsätzen der physikalischen Therapie über.

Eine besonders nachdenkliche Vorrichtung hatte Pfündel (1796) bei einer Epileptika ausgesonnen, bei der die Aura durch ein aufsteigendes Gefühl im Unterschenkel dargestellt wurde. Er ließ sie ein breites Band mit einer Schlinge über dem Knie anlegen, das sie zuziehen sollte, wenn die Aura käme. Ob viele Krämpfe in dieser heimtückischen Falle gefangen worden sind, berichtet der sinnreiche Autor nicht.

Über eine Methode, die in jener Zeit ganz besonderes Aufsehen erregte, berichtet Beddoes (1800) in seiner „Nachricht von einigen Beobachtungen, welche in der medizinisch-pneumatischen Anstalt gemacht wurden". In dieser Anstalt atmeten die Patienten vor allem dephlogistisierte Salpeterluft ein. Nicht alle Nervenkranken kamen bei dieser Kur gleich gut fort, bei Epileptikern rief das Einatmen von Sauerstoff Erregungszustände, Euphorie und motorische Unruhe hervor, bei einer Hysterika stellten sich heftige Krämpfe ein und bei einer anderen wurde eine tiefe Ohnmacht ausgelöst. Er hielt daher diese Methode nicht bei solchen Krankheiten der Nerven angezeigt, bei denen ein organischer Fehler die Ursache sei, wohl aber zur Kur der Lähmungen und ähnlicher Nervenkrankheiten, die einen Mangel an Nervenenergie zur Ursache hätten. So wurde einem Manne, der nach vieljährigen Exzessen mit gegorenen Getränken gelähmt worden war, eine Besserung insofern erzielt, als die Empfindung in den gelähmten Extremitäten wiederkam und die Kopfschmerzen geringer wurden.

Und so schritt Beddoes auf seiner Bahn weiter, obgleich „der geistersehende Blick der Furchtsamkeit in einigen Punkten der obigen Erzählung furchtbare Umstände finden mochte." Den Unterschied in der Wirkung erklärte er sich dadurch, daß das, was in der Lähmung fehle, in der Hysterie zuviel da sei. Das feine Fluidum, das die Nerven aus dem Blute aufnähmen, werde in ungleicher Stärke dorthin übergeführt.

Hufeland seinerseits wies in mannigfachen Veröffentlichungen auf die unersetzlichen Vorteile der körperlichen Bewegung, des Genusses der frischen Luft und einer leichtverdaulichen nahrhaften Diät hin, die bei der Behandlung der meisten Nervenkrankheiten gar zu leicht unterschätzt würden. Nur unter ihrer Hilfe erklärte er sich die Erfolge so mancher Badekuren in den mannigfachsten Nervenleiden.

Den Einfluß der Bäder hatte man ja insbesondere bei allen Lähmungskrankheiten nie ganz vernachlässigt, und die lokalisierte Badetherapie wurde mit liebevoller Ausdauer und ausgiebigster Variierung angewandt. Man gab Fußbäder, Handbäder, Sitzbäder, kalte, lauwarme, Tropf-, Guß-, Spritzbäder, man ließ in Eisen baden, steckte die Kranken in Milchbäder und setzte den Bädern alles zu, was man schicklicherweise darin auflösen konnte.

Die verschiedenen Kurorte erfreuten sich eines gleich lebhaften Zuspruches bei den Nervenkrankheiten, wenn man auch ab und zu die unverhohlene Freude der vielgeplagten Ärzte durchblicken sieht, daß sie ihre Patienten für einige Zeit losgeworden waren. Eine besondere Verehrung genoß das Seebad in Dobberan, das insbesondere bei Hysterie und Kopfschmerzen sich als heilend erwies. Das Baden setzte die Blähungen dermaßen in Bewegung, daß die Schwäche schwand und die Kranken Dobberan als ein wahres Bethesda bezeichneten. Ohnmachten und stumpfer Kopfschmerz, Schwäche und Reizbarkeit wurden mit gleichem Nachdrucke beseitigt. Besonders freute sich Vogel (1798) über die Heilung einer Dame, die an Krämpfen, halbseitigen Kopfschmerzen und Beklemmungen litt: „ihre reizbaren und empfindlichen Teile hatten durch mannigfaltige Gemütsbewegungen ihren gesunden Ton verloren, daher hatte sich eine feine Schärfe, „der man einen beliebigen Namen geben mag", entwickelt, die das System beunruhigte und in unregelmäßige Tätigkeit versetzte. Sie badete bald warm, bald kühler, zuletzt auch ganz kalt". Tiefsinnig bemerkt der tüchtige Arzt: „die Heilung vieler Krankheiten hängt gewiß von einer Menge von Dingen ab, die man vergeblich in den Büchsen der Apotheken sucht. Es

ließe sich eher der Mont Blanc in ein Mauseloch schieben, als manche Krankheiten mit Arzneyen allein heilen, indessen Triebe, Lebensweise und Gemütsstimmung unabänderlich sind".

Die Hauptsache bei der Bäderbehandlung in Dobberan war, wie ein anderer Autor 1797 bemerkt, die individuelle Behandlung. Nervenschwäche schwand vor ihr wie auch periodische krampfhafte Zufälle, und so auch eine Hysterie, die sich auf einer Flechtenschärfe entwickelt hatte und Symptome darbot, deren Aufzählung ganze Seiten füllen konnte. Bei einer andern Kranken beruhten dieselben Erscheinungen auf einem herumschweifenden Giftstoffe. Auch Lähmung, die mit Schwachheit der Seele einherging, wurde bei einem Herrn besser, bis ihn ein dritter apoplektischer Insult „blitzschnell ins Grab stürzte".

Auch Hufeland selbst rühmte den günstigen Einfluß des Seebades auf nervigte Übel, besonders auf das Gemüt und Nervensystem hypochondrischer und nervenschwacher Personen.

Lentin (1800) schwärmte mehr für die Nenndorfer Bäder, die gegen Krämpfe, Hysterie, Kopfschmerzen und Lähmungen einen gleich günstigen Einfluß ausübten. Sogar eine Depression wegen angeblicher Impotenz, die mit nervösen Schmerzen im Perineum einherging, wich den heilsamen Bädern.

Auch Rehburg stand wohl im Flore und Driburg besiegte die Nervenschwäche, infolge deren innere und äußere Eindrücke verkehrt auf die Nerven wirkten. Laue Bäder und die besänftigende Luftsäure besserten die Empfindungsorgane und heilten die Bewegungswerkzeuge, paralytische Zustände, insbesondere, wenn sie auf dem Boden von gichtischen und skrophulösen Schärfen erwachsen waren, wurden gut beeinflußt, zurückgetriebene Ausschläge erschienen wieder, Paralysen aus allgemeiner Schwäche und Überbleibsel einer Nervenschwäche, Neigung zum Schwindel, der so oft durch Abdominalreize verursacht wurde, gingen der Heilung entgegen. Die Hypochondrie, dirum nullis medicabile succis, reisete durch alle Bäder herum, in Driburg wurde sie geheilt. „Ihre trägen Glieder durchdringt in diesem wahren Bade der Wiedergeburt neues Leben". Nur in Lähmungen nach Blutschlagflüssen würde der Gebrauch des Brunnens einen neuen Anfall herbeiführen und war deshalb kontraindiziert.

Teplitz pries 1796 Hansa an in seinen „Praktischen Beobachtungen über die Heilkraft des warmen mineralischen Bades zu Töplitz in Böhmen in Schlagflüssen und Lähmungen und über die Wirkungen des Schreckens und der Imagination und einer zweymaligen Pockenansteckung".

Er rät es in leichteren Fällen mit „wohltuender Skepsis" an, es wirkte vor allem gut, wenn die Psyche leidlich intakt sei. Man soll ein warmes Bad nehmen, darauf die Gliedmaßen frottieren, eine aromatische Salbe in den Rücken einreiben, um ihn dann mittels warmen, mit aromatischem Hauch durchdrungenen Flanells abzureiben, auch könne man Ventosen applizieren. Sehr schlecht stellte Hansa die Prognose, wenn er u. a. einen, zwar nur für reizbare Nerven fühlbaren Geruch, der ziemlich in das Kadaveröse hineinfiel, wahrnahm und riet dann dies Bad ab.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Bericht über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** in Frankfurt a. M. und Gießen vom 26. bis 28. April 1907. (Fortsetzung.)

Westphal-Bonn: Im Anschlusse an Liepmanns Vortrag demonstrierte Westphal Photographien eines Falles von motorischer Apraxie. (Die beabsichtigte Demonstration des Patienten mußte wegen plötzlich eingetretener Verschlechterung im Befinden desselben unterbleiben.)

Es handelte sich um einen Fall von vorwiegend linksseitiger motorischer Apraxie. Die rechtsseitigen Extremitäten nahmen nur in geringem Grade an den apraktischen Störungen Anteil. Die linksseitige Apraxie war eine konstant nachweisbare Erscheinung. Als wechselnde inkonstante Erscheinungen waren zeitweilig aphasische Symptome und ganz vorübergehend auch mitunter Störungen im Erkennen von Gegenständen (Seelenblindheit?) nachweisbar.

Wenn nun auch ein gewisser Grad von Agnosie (sensorischer Asymbolie) bei vereinzelten Fehlreaktionen des Patienten wohl mit beteiligt war, konnte doch der beobachtete Symptomenkomplex in keiner Weise durch die vorübergehenden leichten Störungen des Erkennens auf optischem und akustischem Gebiet erklärt werden. Die Erscheinungen der motorischen Apraxie beherrschten das Krankheitsbild.

Der Fall wird ausführlich publiziert werden.

(Autoreferat.)

Spielmeier: Schlafkrankheit und progressive Paralyse.

Aus den bisher vorliegenden klinischen Daten über die Schlafkrankheit geht hervor, daß die unter Fieber verlaufende zentrale Erkrankung zu einer fortschreitenden psychischen Schwäche führt, und daß sich im Verlaufe der Krankheit regelmäßig auch körperlich nervöse Erscheinungen entwickeln, wie

Störungen der Sehnenreflexe, Paresen, Spasmen, Kontrakturen, epileptiforme Anfälle, universeller Tremor, artikulatorische Sprachstörung. Wenn schon die Schlafkrankheit von der Paralyse durch das so auffallende Symptom der Schlafsucht und durch das Fieber unterschieden ist, so berührt sie sich doch mit ihr in dieser Kombination von fortschreitendem Schwachsinn mit körperlichen nervösen Symptomen. Freilich tut sie das mehr oder weniger auch mit anderen organischen Hirnerkrankungen; und die bisher bekannten klinischen Tatsachen reichen nicht aus, um nähere Beziehungen zwischen Schl. und pr. Par. zu ermitteln. Doch hat die Schl. noch die Lymphocytose der Zerebrospinalflüssigkeit mit der pr. Par. gemeinsam.

Viel wichtiger sind für einen Vergleich zwischen Schl. und pr. Par. die histopathologischen Befunde. Mott hat bei Schlafkranken eine diffuse, meningeale und perivaskuläre Infiltration mit kleinen und mittleren einkernigen Leukocyten festgestellt. Daß sich in diesen infiltrativen Vorgängen die Gewebsbilder bei der pr. Par. und der Schl. berühren, darauf hat vor allem Alzheimer hingewiesen, und für den Vortr. war diese Tatsache bestimmend, Untersuchungen darüber anzustellen, ob sich auch sonst Parallelen zwischen Paralyse und Schlafkrankheit, resp. Trypanosomenkrankheiten überhaupt auffinden ließen. Diese zunächst auf experimentellem Wege vorgenommenen Untersuchungen wurden später im Hamburgischen Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten an Material von schlafkranken Menschen und Affen fortgesetzt. — So unfertig diese histopathologischen Studien auch sind, so läßt sich doch heute schon so viel daraus schließen, daß die histologischen Gesamtbilder bei der Schl. und der pr. Par. in mannigfachen Beziehungen miteinander übereinstimmen, wennschon im allgemeinen die unterscheidenden Momente eine anatomische Abgrenzung der einen von der anderen erlauben dürften. Die wichtigsten unter den gemeinsamen anatomischen Merkmalen sind: die diffuse Infiltration der Meningen und Gefäße mit Plasmazellen und lymphocytären Elementen, vor allem die Auskleidung der Rindenkapillaren mit Plasmazellen, die Wucherung der Intima- und Adventitia-Zellen, Gefäßprozeßbildungen, das Vorkommen zahlreicher Stäbchenzellen und die degenerativen Veränderungen an der funktiontragenden Nervensubstanz mit entsprechender Vermehrung der Neuroglia. Unter den unterscheidenden histologischen Merkmalen sind am bemerkenswertesten: die ganz allgemeine Verbreitung von Plasmazellen in allen Körperorganen, die Neigung der Plasmazellen, die adventitiellen Lymphräume zu verlassen und in das Gewebe vorzudringen, und die offenbar regellosere Verteilung des Prozesses über den Großhirnmantel.

Die verwandtschaftlichen Beziehungen zwischen Schl. und pr. Par. erlangen ihre eigentliche Bedeutung erst bei einem Vergleich der Trypanosomenkrankheiten überhaupt mit der Syphilis und Metasyphilis. Unter den Trypanosomenkrankheiten scheint die Beschälseuche der Tiere (die Dourine) klinisch und auch anatomisch (Mott, Vortr.) der Syphilis nahe verwandt. Den metasyphilitischen Erkrankungen gleichen die Schlafkrankheit — sie steht der paralytischen Form der Metasyphilis nahe — und die vom Vortr. beschriebene „Trypanosomentabes" der Hunde — sie stimmt prinzipiell mit der menschlichen Tabes überein.

Ihr allgemeines Interesse gewinnen alle diese Beziehungen zwischen Trypanosomiasis — Schlafkrankheit und Syphilis — Paralyse — Tabes im Lichte der Entdeckungen Schaudinns. Schaudinn hat den Beweis erbracht, daß die Trypanosomen in der Protozoenreihe der Gruppe der Spirochaeten sehr nahe stehen, zu welch letzteren ja auch der (wahrscheinliche) Erreger der Lues gehören würde. Die auf biologische Untersuchungen gegründete Hypothese von der Verwandtschaft der Erreger findet eine wesentliche Stütze in den Ergebnissen der klinisch-anatomischen Forschung: wie zwischen den Erregern, so bestehen nahe Beziehungen zwischen den durch sie erzeugten anatomischen Veränderungen und klinischen Krankheitsäußerungen.

Eine ausführliche Wiedergabe des Vortrags erfolgt demnächst in der Münchener medizinischen Wochenschrift.

Hübner-Bonn: Über die klinische Stellung der Involutionsmelancholie.

Vortr. hat an dem Material der Bonner Klinik die Frage zu prüfen versucht, ob es berechtigt ist, die sogen. Involutionsmelancholie als eine selbständige Krankheitsform anzusehen und sie daher vom zirkulären Irresein loszutrennen.

1. Er führt aus, daß es einige Tatsachen gibt, die zu Gunsten einer solchen Trennung verwertet werden könnten. Hierzu gehört die Seltenheit nicht rezidivierender Melancholien in jugendlichem Alter und diejenige einmaliger Manien im höheren Lebensalter.

2. Konstante klinische Merkmale, die es gestatteten, einen depressiven Anfall des zirkulären Irreseins von einer Involutionsmelancholie zu unterscheiden, gibt es nicht. Die von verschiedenen Autoren beschriebene Hemmung des Denkens und Handelns kann bei zirkulären Depressionen fehlen. Bei letzteren kommt es auch bisweilen vor — wie oft, wird noch näher zu untersuchen sein —, daß die ersten Anfälle das Bild der Hemmung darbieten, während die späteren, in höherem Alter auftretenden Attacken mehr den Charakter der Angstmelancholie annehmen.

3. Ehe man die Involutionsmelancholie vom zirkulären Irresein abtrennt, wird es notwendig sein, einmal systematisch zu prüfen, wie weit das zunehmende Alter den Verlauf und die Symptomatologie der depressiven Phasen des zirkulären Irreseins beeinflußt. Es gibt eine ganze Reihe von Tatsachen, welche für das Vorhandensein eines derartigen Einflusses von verschiedenen Autoren angeführt worden sind.

4. Wenn eine sogen. Involutionsmelancholie in Demenz ausgeht, so handelt es sich um eine Kombination der funktionellen Psychose „Melancholie" mit der organischen Gehirnerkrankung „senile Demenz", wie sie auch bei den Zirkulären, die in höherem Alter stehen, bisweilen beobachtet wird.

5. Was den „depressiven Wahnsinn“ anlangt, so glaubt Vortr. den größeren Teil der Fälle der Melancholie zurechnen zu müssen.

Der Umstand, daß es Beobachtungen gibt, in denen sich Anfälle vom Charakter des depressiven Wahnsinns bei dem gleichen Individuum mehrfach im Leben wiederholen, erscheint insofern bedeutungsvoll für die klinische Stellung der Melancholie, als dadurch die Wahrscheinlichkeit einer inneren Verwandtschaft zwischen letzterer und dem zirkulären Irresein beträchtlich erhöht wird.

6. Die sogen. senilen Depressionen sind ätiologisch mit der Melancholie nicht identisch. Sie lassen sich klinisch von derselben auch meist abgrenzen. Da sie oft eine Reihe spezifisch seniler Züge aufweisen, wird man in Zukunft sorgfältig erwägen müssen, ob nicht diese senilen Depressionen überhaupt nur ein Zustandsbild der Altersdemenz darstellen. Zu Gunsten dieser Annahme spricht der fast regelmäßige Ausgang in Verblödung.

7. Von verschiedenen Autoren ist zu Gunsten der klinischen Sonderstellung der Melancholie auch angegeben worden, die Heredität der Melancholiker sei quantitativ und qualitativ eine andere, als diejenige der Zirkulären. Vortr. kann dies nicht bestätigen, ebensowenig die Ansicht,

8. daß die Involutionsmelancholie vorwiegend exogenen Schädlichkeiten ihre Entstehung verdanke, während das zirkuläre Irresein eine ausgesprochen endogene Erkrankung sei. Denn es finden sich bei Altersmelancholikern keineswegs immer äußere Schädlichkeiten, die mit der Psychose in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden könne.

Vortr. glaubt nicht, daß ein ätiologischer Unterschied zwischen der Involutionsmelancholie und dem manisch-depressiven Irresein gemacht werden darf.

(Autoreferat.)

Referate.

— A. Nolda-St. Moritz: Über die Indikationen der Hochgebirgskuren für Nervenkranke. (Hoche's zwanglose Abhandlungen, VII. Bd., Heft 3.) Halle a. S. 1906. C. Marhold.

Nolda's Arbeit zieht ihre Schlußfolgerungen aus Erfahrungen, welche während 16jähriger ärztlicher Tätigkeit in St. Moritz an über 3000 Nervenkranken gesammelt worden sind. Über 2000 seiner Fälle zählt der Autor zur „Neurasthenie“; außer diesen kamen Kranke mit „echter Herzneurose“, mit Hemicranie, nervösen Dyspepsien, „Hystero-Neurasthenie“, Epilepsie, Paralysis agitans, Basedow'sche Krankheit, nervösem Asthma und Chlorose zur Behandlung. Von besonders günstiger Wirkung zeigte sich das Höhenklima auf Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und Schlaflosigkeit sehr vieler Neurastheniker, auch eine große Anzahl der Basedowkranken, besonders aber auf das nervöse Asthma, dessen Anfälle bei der einheimischen Bevölkerung in Davos und dem Oberengadin überhaupt nicht vorzukommen scheinen, und bei 76% der kurbedürftigen Ausländer völlig verschwanden.

Als Indikationen gegen Hochgebirgskuren bezeichnet der Verfasser: Arteriosklerose, ausgesprochene Dilatation und Hypertrophie und schwerere myokarditische Veränderungen bei nervöser Angina pectoris, Fortbestehen der Schlaflosigkeit bei Morbus Basedowii nach 10—14tägiger, der Schlaflosigkeit bei Neurasthenie nach drei Wochen langer Anwesenheit im Hochgebirge. O. Ranke-Wiesloch.

— O. D. Chwolson: Hegel, Häckel, Kossuth und das zwölfte Gebot. Braunschweig 1906. Friedrich Vieweg & Sohn. 90 S.

Verf., Professor der Physik in Petersburg, stellt als zwölftes Gebot auf: „Du sollst nie über etwas schreiben, was du nicht verstehst.“ Den beklagenswerten Antagonismus zwischen Naturforschern und Philosophen führt er auf Überschreitung dieses Gebotes in beiden Lagern zurück. Seine äußerst scharfe Kritik wendet sich besonders gegen Häckel und dessen Behauptungen in den Welträtseln. Die Verantwortung für die heftigen Angriffe muß dem Autor überlassen bleiben. Die Schrift regt zum Nachdenken und zur eigenen Kritik an. Noch eindrucksvoller würden die Ausführungen wirken, wenn der Ton nicht zuweilen höhnend und gehässig wäre.

Horstmann-Treptow a. R.

— Hubert Schnitzer: Moderne Behandlung der Geisteskranken. Berlin 1906. Walther. 24 Seiten.

Ein laienverständlicher Vortrag, der den gegenwärtigen Stand der Irrenbehandlung mit gutem Geschick darlegt und zur Aufklärung verbreitet zu werden verdient. Mercklin.

— E. Dühren: Rétif de la Bretonne Berlin 1906. Verlag Harrwitz.

Als Gegenstück zu seinem Marquis de Sade hat der produktive Autor im Rétif de la Bretonne eine Monographie über eine interessante Erscheinung des französischen kulturellen Lebens in der zweiten Hälfte des XIII. Jahrhunderts geliefert, die auch von seiten der Psychopathologen ernste Berücksichtigung verdient, wennschon ein großer Teil der Leser sich wohl aus Sensationslüsternen rekrutieren wird.

Der realistische Schriftsteller Rétif hat in all seinen zahlreichen Werken gewissermaßen Abschnitte einer großen Autobiographie dargeboten. Einen unverhältnismäßig breiten Raum seines psychischen Lebens nimmt die Erotik ein, die ihre eigenartigen Züge hat, einmal durch die exzessive Ausdehnung und dann in gewissen reizsteigernden Momenten, wie in der Incestidee und vor allen im Fußfetischismus, den man nach Dühren Rétifismus nennen sollte. Eingehend wird die hohe schriftstellerische Bedeutung des in der französischen Literaturgeschichte angesehenen Rétif dargelegt. Auch als Milieuskizze ist das Buch interessant. W.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. **Nr. 17. 1907.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh Med.-Rath, Berlin. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **E. Mendel**, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien.) Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Kierling-Gugging (Österreich). Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 17. 20. Juli **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Neurologie im Beginne des 19. Jahrhunderts.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Hildesheim.

(Schluß.)

Gegen hysterische Krämpfe empfahl man das Bukowiner Bad in Miltiz, Schlesien (jetzt Militsch?).

Bei einem alten Potator, der sich eine Hemiplegie zugezogen hatte, traute Conradi (1798) dem Pyrmonter Wasser nicht und wollte jenem lieber ein tägliches kaltes Kopfbad geben, dem der Patient seinerseits mißtraute. Trotz der Gefahr einer neuen Apoplexie setzte man die — recht beträchtliche — Weinportion nur auf ein Drittel herab und nahm keinen Anstand, den Brechweinstein in den üblichen riesigen Dosen zu versetzen.

Ganz in den Windeln lag noch die für den heutigen Neurologen so unentbehrliche Anwendung des elektrischen Stromes, obgleich man seit der Entdeckung des Galvanismus und dem Bekanntwerden der galvanischen Säule gerade in jener Zeit auf diesem Gebiete ein bedeutendes Stück weiter gekommen war. Die theoretischen Anschauungen spiegelten sich in den Köpfen der praktischen Ärzte meist in recht verworrener Weise wieder, man beschränkte sich meist auf einen ganz rohen Empirismus und ging tastend, sprungweise, ohne Konsequenz vor. Von einer Elektrodiagnostik war noch keine Rede, und wenn die elektrische Behandlung beim Publikum schon recht beliebt war, so liegt das an dem sinnfälligen Charakter der Methode, deren Funkenziehen und Schläge auch dem verhärtetsten Gemüte zum Bewußtsein brachten, daß etwas bedeutendes geschah.

Im allgemeinen hatte man sich bei der Behandlung der Lähmungen schon etwas zu beherrschen gelernt. Anschaulich schildert 1798 Struve („Über die Wirkung der Elektrizität, besonders bei Lähmung der äußeren Gliedmaßen"), wie man früher Extremitätenlähmungen mit gewaltigen elektrischen Schlägen behandelt habe. Jetzt ging man gelinder vor, nachdem man die gelähmten Teile mit Flanell bedeckt hatte, oder zog die elektrische Materie aus den gelähmten Teilen, nachdem man den Kranken isoliert hatte. Selten brachte man ihm Erschütterungen mit der Leydener Flasche bei, manchmal genügte das Anwehenlassen des elektrischen Hauches. Gelegentlich verstärkte man die Wirkung durch Anbringen von Metallbelägen an den gelähmten Teilen. Als einen Haupterfolg sah man es an, wenn die Ausdünstungen vermehrt wurden, manchmal wirkte die Elektrizität auch auf die Harnorgane und vermehrte den Urin, „die Geschwulst der gelähmten Teile nimmt ab, dann nimmt das Gefühl und zum Schlusse die Kraft zu".

Struve klagte, die Ärzte hätten sich zu früh entmutigen lassen und die Physiker hätten die Hauptsache getan. Die Elektrizität enthalte sehr viel Sauerstoff, und deshalb warnte er, sie bei Schwindsüchtigen, die sowieso zu viel Sauerstoff hätten, anzuwenden, obgleich sich diese im elektrischen Bade recht wohl fühlten.

Überhaupt sei die elektrische Erschütterung, die durch das Funkenziehen und Durchströmenlassen hervorgerufen werde, durchaus nicht ungefährlich, man könne Zerreißungen der Gefäße und Kongestionen nach dem Kopfe hervorrufen.

Einen Unterschied zwischen der positiven und negativen Elektrizität vermochte er nicht zu entdecken, er riet, man solle mit beiden abwechseln, mit Minuten anfangen und dann bis zu einer Viertelstunde steigen. Das elektrische Bad könne man bis auf eine Stunde ausdehnen. Nie dürfe man den Elektrometer vergessen und müsse auch manchmal mit der Behandlung aussetzen. Auch nach der Heilung müsse man geraume Zeit damit fortfahren,

um Rückfälle zu verhüten. Im elektrischen Bade atme der Kranke den Lebensstoff der Elektrizität ein, die einsaugenden Gefäße im ganzen Körper nähmen sie in sich auf, nie dürfe er nach dem Elektrisieren an die frische Luft, damit nicht die Ausdünstung unterdrückt werde.

Hufeland wandte die Elektrizität u. a. mit großem Erfolge bei Krämpfen an, wobei er zuerst kräftige Funken aus den Krampfkranken zog, um ihnen dann ordentliche elektrische Erschütterungen zu versetzen. Auch gegen den globus hystericus und die deliria hysterica erzielte er damit erhebliche Erfolge.

Großes Furore machte Lentin (1803) mit seinem Vorschlage, die Elektrizität zur Anwendung flüchtiger Arzneymittel bei Krankheiten zu benutzen. Er nahm an, die äußerliche Anwendung von flüchtigen Substanzen würde durch den Strom der elektrischen oder galvanoelektrischen Materie mit Schnelligkeit auf die Nerven verbreitet, und hatte zu diesem Zwecke ganz besonders Phosphor und Quecksilber ausersehen.

Noch mehr im Vordergrunde stand selbstverständlich der Galvanismus. Er zeitigte so viele Monographien, daß man sich in die Neuzeit versetzt glauben könnte, und auch in Hufelands Journal erging man sich begeistert im Preisen der neuen Behandlungsart, wenn man sich auch über die Art der Wirkung noch im unklaren war. Grapengießer glaubte (1803), die Heilung einer lokalen Schwäche am Arme nach Trauma des Schultergelenkes sei dadurch erzielt worden, daß der galvanische Strom eine mechanische Ausdehnung der Muskeln und Nerven herbeigeführt habe. Hufeland fand ihn ganz ähnlich der Elektrizität, aber näher mit der organischen Natur und dem Lebensprozesse verwandt und besonders auf das Nervensystem influierend. Bischof (1801), der sich seiner bei der Zungenlähmung, gegen Ischias, gegen den Tic douloureux, gegen Hemiplegieen bediente, pries ihn ganz besonders gegen Epilepsie an, nur daß er als vorsichtiger Mann zugleich innerliche Mittel und vor allem Zinkblumen verwandte.

Mittlerweile schlug noch immer der tierische Magnetismus seine Wellen in Deutschland und die Lehren Meßmers fielen auf einen fruchtbaren Boden, wenn man auch gerade in Deutschland die unsinnigsten Auswüchse der phantastischen Lehre zu beseitigen versucht hatte.

Der angesehene Lentin klagte (1801, Etwas vom tierischen Magnetismus), durch das charlatangleiche Benehmen von Meßmer und Konsorten sei der tierische Magnetismus unverdientermaßen in Vergessenheit geraten. Lentin wandte sich an die denkenden Ärzte des Vaterlandes und teilte ihnen seine Beobachtungen mit, ohne die Rokkenphilosophie und Schwärmerei in eine Klasse zu werfen. Wohl aber befürchtete er, daß die schwärmerische Stimmung so vieler Damen, die sich auch in jener Zeit mit dieser interessanten Materie beschäftigten, dadurch Schaden leiden könne.

Lentin berichtet über die Heilung einer jungen Dame, die nach einem Schrecken Krämpfe bekommen hatte, durch 1 1/2jährige Anwendung des tierischen Magnetismus, wobei sie zuweilen in somnambule Zustände verfiel. Als einmal ein metallner Stockknopf ihrem Arme zunahe gebracht wurde, bekam sie Muskelhüpfen, wurde leicht ohnmächtig und klagte nachher über höchst unangenehme Empfindungen. So stark war die in ihr schlummernde magnetische Kraft!

Beim Magnetisieren strich Lentin, mit halbausgebreiteten Fingern von der Stirne divergierend, leise und gleichförmig am Körper herab und wiederholte diese Methode so lange, bis er seine Absicht erreicht hatte, oder er strich leise kalmierend über die schmerzhaften Teile. „Der Zustand der somnambulen, oder richtiger magnetischen Exaltation scheint in einer erhöhten Erregung der nervösen und sensoriellen Funktion zu bestehen“, und so erachtete er den Magnetismus für nützlich in allen krankhaften Erscheinungen, die ihren Grund hätten in nachteiligen Eindrücken, die das Sensorium und Nervensystem beträfen.

Damit bewegte man sich ja vollständig auf dem Boden der Hypnose, auf der auch so viele andere therapeutische Maßnahmen ihr Fundament hatten. So auch der Perkinismus, bei dem die geheimnisvolle Kraft durch eiserne Nadeln in die erkrankten Partien überfließen sollte.

Lentin stellte (1801) fest, daß die Einbildung dabei die Hauptsache sei und daß mit hölzernen Stiften dieselbe Wirkung erzielt werde wie mit den Perkinsschen Nadeln: durch die Mahagoninadeln wurde der Kopfschmerz prompt aus der Stirne herausgezogen.

Alle diese Methoden erzielten um so größere Erfolge, als der Aberglaube auch bei den Ärzten noch tiefe Wurzeln geschlagen hatte. Schrieb doch Runtzmann (1810) allen Ernstes einen Artikel „Über das Besprechen der Rose“. Dreimal muß der Arzt alleine mit dem Manne im Zimmer sein und durch Bewegung der Lippen sprechen: „Wildes Feuer, hüte dich, das gute Feuer treibet dich“, wobei er seinen Geist in eine magnetische Stimmung

versetzte. „Aus dem Gesichte des Arztes fließt der Magnetismus auf die Rose."

Noch einen wichtigen Zweck hatte das Hufelandsche Journal zu erfüllen. So sich ein Medikus mit einer besonders intrikaten Krankheit herumzuschlagen hatte, ihm der Rat ausging und auch die Nachbarkollegen ihn im Stiche ließen, schrieb er eine ausführliche Krankengeschichte in die Zeitschrift und erbat sich die Hilfe wohlmeinender und besser beschlagener Kollegen. Bald liefen denn auch ausführliche Mitteilungen ein, die sich meist über längere Zeit hin erstreckten, und der beglückte Frager nahm sie dann alle der Reihe nach vor und berichtete getreulich, wie sie angeschlagen hatten.

So erging 1803 eine Anfrage an Deutschlands Ärzte wegen einer Gehirnerkrankung, die mit halbseitigen Lähmungen, Ödemen und schweren aphasischen Störungen einherging.

Nr. 1 der konsultierenden Ärzte beteuerte zwar, er würde sich nie herbeidrängen, aber müsse doch sagen, daß Aconitum Napellus dabei unfehlbar sei, nur müsse es aus einer ganz bestimmten Apotheke genommen sein.

Nr. 2 meinte, es handelte sich um Schwäche mit verminderter Erregbarkeit, die Ursache sei ein mechanisch auf die Substanz des Gehirns drückender Prozeß. Man müsse baden und ordentlich elektrisieren, das Funkenziehen sei dabei weniger unangenehm, wie der elektrische Wind. Nach dieser Methode besserte sich die Kranke soweit, daß sie das Alphabet, wenn es ihr vorgesagt wurde, schreiben konnte, aber nur in der gewöhnlichen Reihenfolge, nicht außer dem Zusammenhange. Diese Schriftzüge konnte sie aber nicht aussprechen. Vorgesprochenes konnte sie nicht nachsprechen, verstand das Vorgelesene, konnte auch selbst lesen und notierte sich selbst manche Dinge in einem Buche, ermüdete aber sehr leicht.

Die erzielten Erfolge imponierten aber Nr. 3 nicht im mindesten: Schwächende Potenzen hätten das Hautorgan affiziert, alles andere seien nur Metastasen gewesen. Man müsse Friktionen mit erwärmtem Öle vornehmen, ingleichen trockene Reibungen mit geräuchertem Flanell, solle trockene Schröpfköpfe setzen, brav Luft- und Dampfbäder anwenden, gegen den Kopfschmerz brauche man ja nur eine Trepanation vorzunehmen. Fleißige Bewegung und Zerstreuung werde dann das übrige tun.

Nr. 4 erklärte hingegen, die Sprachorgane seien in Ordnung, es fehle nur an der nötigen Einwirkung des Willens auf sie. Also solle man ihr ein Tropfbad auf den geschorenen Schädel, den Nacken und das Schultergelenk applizieren, allmählich immer kälter und höher, auch seien methodische Übungen der schwachgewordenen Geisteskräfte nicht zu vergessen. Die Kranke müsse Vokabeln lernen, wobei ein Lexikon zu benutzen sei, weiterhin solle sie die Schriftzüge wieder lernen und sich methodisch im Sprechen üben.

Da noch mehrere Consilia eingelaufen waren und der ratheischende Kollege zunächst alle Hände voll zu tun hatte, die sinnreichen Ratschläge zur Ausführung zu bringen, verbat er sich bis auf weiteres die fernere Einsendung. Ganz scheinen sie aber doch die Aphasie nicht zu Falle gebracht zu haben, denn bald meldeten sich wieder neue kundige Kollegen zum Worte.

Nr. 5 vermutete mit vollem Rechte eine pathologische Veränderung der Substanz des Hirns oder nur irgend eine mechanisch auf dasselbe wirkende Ursache (z. B. ein geringes seröses Extravasat, entweder auf demselben oder in dessen Ventrikeln, oder sonstige organische Dinge, z. B. Polypen oder Hydatiden). Auf schwarze Galle dürfe man keinen Verdacht haben, denn die Laune der Kranken neige weder zur Melancholie noch zur Schwärmerei), auch den Harn möge man aus dem Spiele lassen. „Frische Luft und Bewegung sind die Anfangsbuchstaben im therapeutischen Alphabet." Mäßigkeit im Essen und Trinken und laue Bäder mit Weinzusatz kämen dann in Betracht. Sonst brauche man nichts mehr zu tun, abgesehen davon, daß man noch auf das Hinterhaupt ein Kantharidenpflaster legen müsse. Auch müsse man daselbst noch einige Skarifikationen vornehmen, an der Zunge eine Ader öffnen und an der Schläfe ein paar Blutegel setzen. Wenn man doch noch Stahlwasserklystiere gebe, werde es wohl wieder werden.

Nr. 6 meinte, die Krankheiten des Gehirns könnten im Bauche ihren Grund haben und verlegte seine Tätigkeit auf dies vom Gehirne so weit abgelegene Gebiet.

Nr. 7 las einer ähnlichen Kranken die ganze Krankengeschichte vor und ergötzte sich an dem Behagen dieser Dame, die ganz entzückt darüber war, daß sie über dieselben Krankheitssymptome verfügen konnte. Dieser Kollege sprach sich wichtig und geheimnisvoll dahin aus, daß der jetzige Hämorrhoidalzustand mit Gichtschärfen kompliziert sei, „die Dame muß nichts fürs Herz lesen, keine Romane, keine Trauerspiele, sondern etwas Wissenschaftliches und manchmal, um einmal zu lachen, ein Lustspiel". Noch mehrere Ärzte deponierten ihre geistvollen Aperçüs.

Ob die unglückliche Kranke bei dem Ansturme so vieler Medici mit dem Leben davon kam und ob ihr geschwächter Körper so mannigfachen therapeutischen Ergüssen gewachsen war, wird nicht berichtet.

Die absolute Einigkeit, die jetzt in der Beurteilung schwerer Erkrankungen des Nervensystems so wohltuend berührt und es verhindert, daß ein Kranker von einem Nervenarzte zum anderen läuft, war leider damals nicht vorhanden. Damals kam es leider noch manchmal vor, daß ein Kollege die Diagnose und Therapie eines anderen nicht anerkannte. Aber aus der Bereitwilligkeit, mit der sich so viele Ärzte an dieser Beratung beteiligten, kann man sehen, welches Interesse die Nervenkrankheiten für sich in Anspruch nahmen.

Freiluft-Dauerbäder.

Die günstigen Erfahrungen, die mit der Behandlung aufgeregter Kranker in freier Luft wie anderwärts auch hier gemacht wurden, führten zu dem Wunsche, die Vorzüge dieser Behandlungsmethode den Patienten auch während ihres Aufenthalts im Dauerbade zu gute kommen zu lassen.

Da in hiesiger Anstalt am Gebäude für unruhige Männer ein Gärtchen zur Verfügung stand, das bisher keine Verwendung hatte, wurden im vorigen Jahre dort provisorisch fünf Badewannen aufgestellt, zu denen das kalte und warme Wasser durch Schläuche aus dem Reinigungszimmer des Hauses geleitet wurde. Die Einrichtung war einfach, aber für einen Versuch völlig genügend und ermöglichte die Benutzung an allen warmen Sommertagen. Es ließ sich nun beobachten, daß die badenden Kranken durch die kleinen Vorkommnisse im Garten, das Zufliegen und Singen der Vögel, die Bewegung des Laubes an den Bäumen und dergleichen von ihren krankhaften Gedanken und Empfindungen abgelenkt wurden und sich ruhiger und geordneter verhielten, als das im Dauerbade im Hause der Fall war, und wiederholt sprachen sich die Patienten ungefragt mit großer Befriedigung über das Baden im Freien aus.

Auf Grund dieser Erfahrungen wurde in diesem Frühjahre die provisorische Einrichtung zu einer definitiven umgewandelt, indem Wannen aus Stampfbeton und Leitungsanlagen für den Zufluß von kaltem und warmem Wasser, sowie für den Abfluß des gebrauchten Wassers hergestellt wurden. Gegen die Sonnenstrahlen schützt neben dem Schatten der Bäume ein verschiebbares Dach aus Segeltuch. Der Eindruck dieser Bäder im Garten ist ein außerordentlich freundlicher.

Eine Seite des Gartens wird von einer Wandelhalle begrenzt, die bei der Benutzung der Bäder als Liegehalle für zu überwachende unruhige Männer Verwendung findet.

Heilanstalt Dösen (Leipzig), Juli 1907.

Dr. Lehmann.

Der Aerztemangel an Irrenanstalten.

Von Oberarzt *Dr. Hopf*-Potsdam.

Endlich frischer Wind in einer Frage, die schon lange gründlicher Besprechung bedurfte. Endlich offene Aussprache und endlich Benutzung der Presse, nachdem man sich begnügt hatte, jahrelang in den Ärztekasinos zu knurren und zu murren.

Der Ärztemangel an den Irrenanstalten wird von allen Seiten zu bekämpfen gesucht, einerseits durch Mittel, die von außen her als Gehalts- und Titelerhöhungen helfen sollen, andererseits durch Erhebung der abhängigen Stellung der Ärzte innerhalb der Anstalten.

Was die Besoldung betrifft, so erscheint es mir als ganz selbstverständliche Forderung, daß Gleichstellung mit den Richtern verlangt wird. Bedenklich erscheint es mir, immer wieder auf die Oberlehrerstellung hinzuweisen; denn erstens ist die Art des Dienstes dieser urlaubgesegneten Herren doch eine ganz andere und meistens besteht die große Gefahr, daß die Behörden glauben könnten, die Psychiater erstrebten Rang und Besoldung einer Beamtenklasse, die selbst auf das energischste eine Richtergleichstellung verlangt. Bei der Gehaltsfrage sei hierbei betont, daß natürlich die Direktoren mit ihren immer mehr wachsenden Pflichten in Zukunft nicht mehr einen Gehalt beziehen können, der vielleicht angebracht war, als die Anstalten noch 300 bis 400 Pat. zählten.

Was die Titelfrage, die ja auch mit der Gehaltsfrage verknüpft ist, betrifft, so kann ich derselben keine große Bedeutung beimessen. Wenn nach drei oder fünf Jahren eine feste Anstellung, und das muß erstrebt werden, erfolgt, und eine Bezahlung eintritt,

die von da ab in etwa Triennalzulagen von 500 Mk. langsam ansteigt, so ist es doch eigentlich gleichgültig, ob alle festangestellten Ärzte Oberärzte heißen, oder ob der jüngere Teil den Titel Anstaltsarzt oder dergleichen führt. Das ist doch klar und wird mit mathematischer Sicherheit eintreten, daß die älteren, ach, es gibt auch uralte Oberärzte, ein Schönheitspflaster zu ihrem Oberarzttitel wollen und sicher auch bekommen. Also darum keine Uneinigkeit, es wird dann eben später zwei Sorten Oberärzte geben, wie es jetzt Anstalts- und Oberärzte gibt.

Meines Erachtens nach also nach drei bis fünf Jahren feste Anstellung mit auskömmlichem Gehalt, das andere können wir den Behörden überlassen.

Was nun die zweite Hauptgruppe der Forderungen, nämlich die Stellung innerhalb der Anstalten betrifft, so liegt hier leider der Keim verborgen, der die Direktoren und Ärzte event. in Uneinigkeit bringen könnte. Ich muß heikle Punkte berühren und ich darf wohl versichern, daß es mir himmelweit entfernt liegt, Zwiespalt zu säen, aber man darf sich nicht scheuen, Wunden zu berühren, wenn man zu ihrer Heilung beitragen will.

Es wird verlangt, daß den Ärzten an den Anstalten größere Selbständigkeit gewährt wird. Ich persönlich nun glaube, daß diese Forderung mit zu den wichtigsten gehört, und bin überzeugt, daß schon mancher die Psychiatrie verließ, weil es in dieser Beziehung geradezu trostlos aussah. Ob noch viele Direktoren so fortschrittlich denken, wie Vocke und Siemens, die Frage wage ich nicht zu entscheiden. Je größer aber die Anstalten werden, desto mehr schwindet die Möglichkeit, je einen einflußreichen Posten zu bekommen; es wird die Zeit kommen, daß die erhebende Erscheinung der Oberärzte, die es zum Sanitäts- oder Medizinalrat bringen, häufiger wird, ja sogar geheime Medizinalräte werden einst den Oberarztstand schmücken. Wie schön wird es dann sein, wenn ein grauhaariger Herr in der Konferenz berichten wird, der Pat. Krause hat mit Kot geschmiert, und der Herr Wirkliche Geheimrat Direktor wird den Herrn Geheimrat Oberarzt wohlwollend darauf hinweisen, daß in solchem Fall ein Einlauf vorher als erprobt gelten könne.

Doch Scherz bei Seite; es ist wirklich nicht nötig, daß der Direktor jede Kleinigkeit zu hören bekommt und eventuell der ältere erfahrene Arzt jedes Gramm Chloral erst verantworten muß. Auch ich halte die Conciliartätigkeit als die einzig richtige. Der Direktor hat wirklich wichtigere Sachen zu tun, als jede Anstaltskleinigkeit erst noch mit zu beraten.

Ja aber, wer soll denn nun selbständiger Arzt sein.*) Meines Erachtens müßten die fest angestellten Ärzte einer kleinen Anstalt, also Anstalts- und Oberärzte, je eine eigene Abteilung führen, ohne daß einer dem andern etwas drein zu reden hat. Ist die Anstalt aber groß, sagen wir von 1000 bis 1200 Kranken an, so stehe an der Spitze jeder Geschlechtsseite ein älterer Oberarzt, der neben einer kleinen Abteilung das Personal unter sich habe. Ihm allerdings muß eine beratende Stimme den Ärzten seiner Seite zustehen, denn er ist ja dann der eigentliche, um mich so auszudrücken, Chefarzt der Abteilung, während der Direktor wahrlich ganz genug der Verwaltung und der Angabe der großen Gesichtspunkte zu tun hat. Dieses System ist in seinen beiden Variationen bereits mehrfach mit Erfolg durchgeführt.

Assistenzärzte nun, und nach dem neuen System wird es ja keine alten mehr geben, sollten, da sie häufig wechseln, zwar eine eigene Abteilung erhalten, jedoch um den Zusammenhang des Dienstes zu gewährleisten, einer gewissen Oberaufsicht etwa des ältesten Oberarztes unterstehen.

Was nun den Tagesdienst betrifft, so trägt an manchen Stellen dessen Ungeordnetsein zur Flucht der Ärzte bei. Es ist eine ganz unnötige Freiheitsbeschränkung, wenn an den Nachmittagen alle Ärzte in der Anstalt zurückgehalten werden; ein resp. zwei (an großen Anstalten) Ärzte du jour genügen vollauf und die anderen Kollegen können frische Anregung außerhalb der Anstalt suchen.

Überhaupt die Freiheitsbeschränkung. Es ist noch an vielen Stellen ein Rest der Zeit geblieben, wo der Direktor als Patriarch und guter Vater in der Anstalt waltete und glaubte, auch die Ärzte wie ein Vater in Bezug auf Ausgang usw. halten zu können. Es gibt noch Anstalten, wo selbst der älteste Oberarzt seinen Wochenausgang wie das Küchenpersonal hat und den Herrn Direktor fragen muß, wenn er sonst mal weg will. So etwas paßt nicht mehr in unsere Zeit und es ist kein Wunder, wenn ein junger Psychiater in

---

*) Anmerkung bei der Korrektur:

§ 19 der preuß. Ministerial-Anweisung über Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptiker und Idioten vom 26. März 1901 lautet:

„1. Die Anstalten müssen, soweit es sich nicht um wirtschaftliche und Bureau-Angelegenheiten handelt, von einem in der Psychiatrie bewanderten Arzt geleitet werden, der durch längere Tätigkeit an einer größeren öffentlichen, nicht nur für Unheilbare bestimmten Anstalt oder an einer psychiatrischen Universitätsklinik — wenn auch zum Teil als Volontär — sich die nötigen Kenntnisse verschafft hat.

In der Regel ist für die Leitung einer größeren oder einer heilbare Kranke aufnehmenden Anstalt eine etwa zweijährige Tätigkeit dieser Art erforderlich. Je nach dem Bestande und Wechsel der Kranken und wenn die Anstalt ausschließlich unheilbare Kranke aufnimmt, kann die Dauer der Ausbildung auf etwa ein Jahr herabgesetzt werden“ etc.

Also — die schwierige Frage, nach welcher Dienstzeit in der Regel einem Anstaltsarzt selbständige, ja sogar leitende Tätigkeit anvertraut werden darf, ist durch eine Vorschrift bereits beantwortet und zwar von einer Stelle aus, die für preußische Anstalten hinreichend maßgebend sein dürfte. Wenn nun gar für die verwickelteren Verhältnisse der Privatanstalten, bei denen die Notwendigkeit der Kontrolle und Beaufsichtigung wenigstens im Volksmunde so oft und gern betont wird, schon zwei oder selbst nur ein Jahr Vorbereitungsdienst für den leitenden Arzt genügen, wie kommt es dann, daß in den öffentlichen Anstalten andere Anschauungen herrschen? Wieviel mehr Zutrauen seitens der Regierung muß doch dem Arzt in seinen Aufgaben geschenkt werden und wie gering erscheint dagegen das Verlangen der Irrenärzte an öffentlichen Anstalten nach einer gewissen Selbständigkeit, der durch die autoritative Conciliartätigkeit der Chefs ja doch eine Reihe von Schranken gesetzt wäre. Nur einen Bruchteil des Vertrauens der Regierung zu den Privatanstalten verlangen wir also von unseren Chefs und ich glaube, den werden wir sicherlich auch in freundlichem Entgegenkommen erhalten, und brauchen nicht, wie schon einzelne Kollegen fordern, in dieser Hinsicht eine generelle Anweisung von unseren Behörden wünschen.

spe, auf diese Erzählung hin, das Hasenpanier ergriff. Glaubt denn ein Chef, der noch nicht einmal das no-restraint bei seinen Ärzten durchgeführt hat, daß die Freiheitsbeschränkung vielleicht zur wissenschaftlichen Betätigung führt? Gerade das Gegenteil ist der Fall; die Anstalten um Berlin, wo man den Ärzten in jeder Hinsicht Freiheit läßt, produzieren auch wissenschaftlich, ich verweise nur auf Dalldorf, Herzberge usw. Dagegen — na ja.

Ein weiterer Punkt, und der ist es vor allem, der schon viele Ärzte ihrem Beruf entfremdet hat, ist die leider vorhandene Neigung einer Reihe von Direktoren, wichtige Sachen bloß und unter Übergehung des Arztes mit dem Ober-Pflegepersonal zu erledigen. In der Konferenz mit dem letzteren wird dem Chef oft schon eine Meinung über irgend einen Pfleger oder einen Kranken beigebracht; der Chef handelt bereits, trifft Anordnungen, verlegt usw. und ist dann vielleicht später noch erstaunt, wenn der Arzt eine andere Meinung hat. Es entstehen Konflikte, im Kampf mit der hochmögenden Oberin zieht der Arzt den kürzeren, da der Chef seine Anordnung nicht zurücknehmen will. Hat der Arzt diese Erfahrung mehrmals gemacht, dann geht er entweder oder — er verfällt mit der Zeit in jenen Zustand, den man so hübsch Anstaltskatatonie getauft hat.

Zum Schluß noch die Wohnungsfrage der jüngeren Ärzte. Auch hier wird viel gefehlt und mancher junge Arzt bliebe den Anstalten erhalten, wenn er ein gemütliches Heim in der Anstalt hätte. Ich sehe ganz von der oft entsetzlichen Möbelausstattung ab und nehme nur die Lage der Wohnung ins Auge. Wer wie ich gezwungen war, vier Jahre auf einer Abteilung mit 60 Kindern auf demselben Korridor zu wohnen, der wird nur bleiben, wenn er große Neigung zur Psychiatrie hat. Es ist seitens der Baubehörde ganz falsch, Ärztewohnungen auf die Abteilung zu verlegen, der Radau der Kranken, das ständige Beobachtetsein seitens derselben ist geradezu aufreibend und der Zweck der Einrichtung, stets auf Abteilung zur Stelle zu sein, ist auch hinfällig, wenn etwa der Arzt gar eine andere Abteilung hat, oder sich zu gut dünkt, Oberaufseher zu spielen. Das Heim des Arztes liege ruhig im Verwaltungsgebäude und sei seiner Stellung angemessen.

Das wäre so ungefähr, es ließ sich noch manches anführen, was schon viele Ärzte aus dem Anstaltsdienst getrieben hat. Nachdem aber die Direktoren Vocke und Siemens in so dankbarer Weise vorgegangen sind, kann man sich wohl der sicheren Hoffnung hingeben, daß auch die anderen Direktoren zu der Frage Stellung nehmen, wie den Ärzten, abgesehen von Geld und Titel, der Anstaltsdienst möglichst erstrebenswert gemacht wird. Ich weiß, wir, der Nachwuchs, verlangen vieles von unseren älteren Kollegen, wir verlangen von ihnen Verzicht auf einen Teil ihres Einflusses, Verzicht auf langjährige Gewohnheiten, Verzicht auf Ansichten, in denen sie z. T. alt geworden sind. Wir wissen aber auch, daß sie aus Liebe zur Sache uns diese Opfer bringen werden, so weit sie dieselben nicht bereits gebracht haben.

Bei unseren vorgesetzten Behörden aber müssen wir mindestens die Frankfurter Forderungen, die ja in der Provinz Brandenburg und Pommern z. T. schon erfüllt sind, zur Geltung bringen. Der in Frankfurt gewählte wirtschaftliche Ausschuß ist aufs freudigste zu begrüßen; noch mehr würde ich mir aber versprechen, wenn etwa jeder psychiatrische Verein einen wirtschaftlichen Ausschuß wählte, diese Ausschüsse untereinander in Fühlung träten und auf diese Weise unter Führung der in Frankfurt gewählten Herrn allen Behörden gleichmäßig ein Wunschzettel unterbreitet würde, der in Prinzip Richtergleichstellung verlangte, nach unten ein Gehaltsminimum feststellte und insoweit den Behörden einen höchst wünschenswerten Spielraum ließ, indem dieselben durch graduell abgestufte Servisklassen je nach der Teuerung des betreffenden Ortes das Gehalt variieren könnten.

Mitteilungen.

— Bericht über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** in Frankfurt a. M. und Gießen vom 26. bis 28 April 1907. (Schluß).

Sommer-Gießen: Psychiatrie und Familienforschung. Vortr. empfiehlt zur Durchführung einer methodischen Familienforschung und Ermittelung der Beziehungen des Pathologischen und des Verbrechens und der angeborenen Anlage die Verwendung mathematischer Formeln zur einfachen Bezeichnung des Verwandtschaftsgrades nach dem Vorgange von Lorenz. Durch dieses Familienstudium würde auch der Familiensinn neu belebt werden. Zur Erforschung der angeborenen Anlage ist die Messung und Feststellung der Reaktionsart und des Reaktionsablaufs sehr wichtig. (Der Vortrag erscheint in der Münch. med. Wochenschrift. Vortr. verweist auch auf sein Werk: Familienforschung und Vererbungslehre 1907. Leipzig. J. A. Barth.)

Geelvink: Über die Grundlagen der Trunksucht. Von den in den letzten vier Jahren in die Frankfurter Irrenanstalt aufgenommenen Gewohnheitstrinkerinnen waren 40% krankhaft veranlagt, nämlich: 12 imbezill, 8 psychopathisch, 3 klimakterisch, 8 epileptisch, 13 hysterisch, von den Gewohnheitstrinkern waren es 32%. Unter 600 Trinkern waren 8,6% durch Trunksucht, 4,6% durch Geisteskrankheit eines der Erzeuger belastet, bei 100 Trinkerinnen 9% bezw. 4%. Unter den Psychopathen waren drei Fälle von leichtgradigem manisch-depressivem Irresein. Von den Alkoholistinnen waren 40% im Schankgewerbe mehr oder weniger beschäftigt gewesen.

Hartmann-Graz: Ueber die unter dem Ein-

fluß geistiger Tätigkeit auftretenden Veränderungen in der Größe der Muskelarbeit.

Die Muskelarbeit vermindert sich absolut unter dem Einfluß der Denktätigkeit in dem Verhältnis zu der zur Beendigung der Denkaufgabe erforderlichen Zeit. Die mittlere Leistungsverminderung des Muskels ist eine konstante, von der Muskelermüdung nicht, dagegen von Übung und Ermüdung zentraler Teile, Verdauung, Schlaf etc. abhängige Größe. Vielleicht wird die bei der Leistungsabnahme des Muskels gesparte Energie für die zerebrale Tätigkeit verwendet. Dem entspricht die Gegensätzlichkeit der vasomotorischen Erscheinungen bei Muskelarbeit einerseits und bei Denkarbeit andererseits, als eine Art Selbstregulierung des Organismus.

Abraham-Zürich: Über die Bedeutung sexueller Jugendtraumen für die Symptomatologie der Dementia präcox. Vortr. weist an einigen Fällen nach, daß Erlebnisse sexueller Art zwar nicht die Ursache der Dementia präcox bilden, aber doch die Symptome der Krankheit determinieren und den Wahnideen und Halluzinationen ihren individuellen Inhalt verleihen können.

Kleist-Halle a. S.: Über die Motilitätspsychosen Wernickes. Bei einem Falle cyklischer Motilitätspsychose beobachtete Vortr. im akinetischen Stadium völlige Bewegungsunfähigkeit und Fehlbewegungen, ohne daß die Bewegungsvorstellungen fehlten oder eine Willensstörung vorlag. Er vermutet eine Affektion der Kleinhirnthalamus - Stirnhirnbahn.

Knapp-Halle: Über funktionelle reine Worttaubheit. Bei einer hysterischen Dame mit einer organisch bedingten Herabsetzung des Hörvermögens stellt sich in unmittelbarem Anschluß an die Anwendung des Siegleschen Ohrtrichters eine vollständige Taubheit mit einer linksseitigen Facialisparese ein. Mehrere Jahre später gelingt es auf suggestivem Wege sowohl die Facialislähmung als auch die Taubheit zu beseitigen. Es bleibt aber eine funktionelle reine Worttaubheit zurück, die ebenfalls der suggestiven Therapie zugänglich ist. (Ausführliche Publikation erfolgt in Ziehens Monatsschrift.)

(Autoreferat.)

5. Sitzung am 28. IV. 1907 vormittags 1/2 11 bis nachmittags 1 Uhr in Gießen.

Am 28. April fand der im Progamm vorgesehene Ausflug nach Gießen statt. Es waren daran ungefähr 80 auswärtige Psychiater und Neurologen beteiligt. Die Ministerialabteilung für öffentliche Gesundheitspflege war vertreten durch die Geheimräte Dr. Neidhart und Dr. Hauser. Erst wurde der Seltersberg mit seinen klinischen Neubauten inspiziert, sodann gelangten die Teilnehmer in die festlich geschmückte Klinik des Herrn Professor Sommer. Nach einem von der Regierung zur Verfügung gestellten Frühstück folgte die wissenschaftliche Sitzung.

Sommer-Gießen: Die Beziehungen des menschlichen Körpers zu den elektromotorischen Vorgängen.

v. Tarchanoff brachte die Hände eines Menschen zum Nachweis von Beziehungen des menschlichen Körpers zu den elektromotorischen Vorgängen mit einfachen Elektroden (Wattebäusche mit Rohsalz getränkt) in Berührung und sah in den Schwankungen des Stromes, welche durch ein Spiegelgalvanometer sichtbar gemacht werden, die Wirkung psycho-physischer Vorgänge. Sticker suchte diese Methode klinisch nutzbar zu machen. Sommer verbesserte die Elektroden (aufgeblasene, mit Stanniol überzogene Gummimembranen), auf welche sich der Handteller abdrückt und erhielt bei Experimenten mit diesen Elektroden einen nach rechts oder nach links gerichteten Ausschlag des Spiegels, je nach dem stärkeren Druck auf der einen oder anderen Seite, welcher der Differenz zweier von der rechten und linken Hand ausgehender, einander entgegengesetzter Ströme entspricht. Bei der Fortsetzung der Versuche fanden Sommer und Fürstenau, daß die Haut eine bestimmte Stelle in der Spannungsreihe einnimmt. Sommer konstruierte nun zwei verschiedene Elektroden, eine aus Kohle, eine aus Aluminium, wobei der Druck der Hände auf die Elektroden nach Art einer Briefwage gemessen wird. Man erhält bei dieser Methode stets Ausschläge des Spiegels in der gleichen Richtung, dabei sind die Ausschläge schon früher ungleich stärker. Es zeigt sich dabei die persönliche Gleichung der einzelnen Versuchspersonen in individuell sehr verschiedener Stärke der Ausschläge. Durch Ausdrucksbewegungen wird der Ausschlag modifiziert. Ein genereller Unterschied zwischen Männern und Frauen besteht nicht.

Sommer warnt davor, aus diesen elektromotorischen Endresultaten von psycho-physiologischen Bewegungen auf die eigentliche Natur dieser zu schließen.

Dannemann-Gießen: Psychiatrische Aufgaben bei der Heranbildung der Polizeibeamten.

D. hat im verflossenen Winter in der Schutzmannschule zu Darmstadt einen populär-psychiatrischen Kurs abgehalten (Fürsorgeerziehung, Zeugenaussage, krankhafte Anschuldigung, Aufnahme von Tatbeständen, Verhalten bei Festnahme und Transport Geisteskranker, Schilderung der wichtigsten Krankheitszustände). Er hofft auf diesem Wege auch manchem Schutzmann die erforderlichen Kenntnisse für die Führung von Vormundschaften über Geisteskranke beizubringen (Berufsvormünder).

Hiernach sprach der zur Klinik kommandierte Stabsarzt Dr. Becker über „Untersuchungen über Simulation bei Unfallsnervenkrankheiten“.

Bei der vorgeschrittenen Zeit mußte der Vortr. den zusammenfassenden Teil des Vortrags und die genauere Analyse der vorgezeigten Kurven unterlassen, die demnächst in der „Klinik für psychische und nervöse Krankheiten“ erscheinen werden, und sich auf die Besprechung mehrerer im verflossenen Halbjahr auf der Klinik von ihm beobachteten und begutachteten Fälle beschränken.

In all diesen Fällen war von namhafter ärztlicher

Seite, z. T. nach wiederholter Untersuchung die Diagnose auf Simulation resp. schwere Aggravation gestellt worden.

In allen Fällen ergab die genaue objektive Untersuchung und Beobachtung eine mehr oder weniger große Zahl objektiver Krankheitszeichen im Allgemeinbefinden, Zirkulationsapparat und vor allem im neurologischen und psychologischen Befund, die nicht simuliert sein konnten. Hierzu kamen in überzeugendster Weise die Ergebnisse der psychophysischen Aufnahmen, Kurven aus Kniereflexen, Zitterkurven und Haltungskurven, die in ihrer charakteristischen Art, Gleichheit bei vielfachen Untersuchungen etc., nicht willkürlich nachahmbar sind. Hierauf bezogen sich eine Reihe von Kurven, in denen die Assistenten der Klinik Zittererscheinungen zu simulieren versucht hatten: der Vergleich mit den von Kranken genommenen in ihrer Gleichheit, im Verlauf, der Zahl der Zitterbewegungen in der Zeiteinheit und dem Typus des Zitterns, bot ohne weiteres einen Hinweis darauf, daß die von den Kranken genommenen nicht willkürlich erzeugt waren.

Die Analyse der Kurven bietet einen sehr wertvollen Baustein zur Beurteilung der nach Unfällen eintretenden Neuropsychosen.

Berliner-Gießen demonstriert makroskopische und mikroskopische Präparate von in der Klinik beobachteten Hirntumoren. In dem einleitenden Vortrag wird über den klinischen Verlauf einer Reihe von Fällen berichtet: 1. Zwei Tumoren des Stirnhirns. 2. In beide Stirnlappen eingewachsener Balken-Tumor. 3. Tumor der Hypophyse. 4. Tumor des linken Parietalhirns. 5. Tuberkulöse Neubildung des Pons. Die Darstellung wird von Projektionen begleitet.

(Autoreferat.)

Hackländer-Gießen: Demonstration von neuen Apparaten zur optischen Exposition.

Hackländer gibt zunächst einen entwicklungsgeschichtlichen Überblick über Apparate zur optischen Exposition. An einer Sammlung von Modellen zeigt er die allmähliche Vervollkommnung dieser Apparate, erinnert aber an einige Unzulänglichkeiten der ruckweisen Fortbewegung einer Scheibe oder Trommel zum Zwecke rhythmischer Exposition von Reizworten, unvermeidliches Geräusch, Verschiebung des Reizwortes im Spalt, wie sie von Watt dem gebräuchlichen Apparat von Wirth zum Vorwurf gemacht werden. Er zeigt dann einen von Herrn Mechaniker Hempel in Gießen konstruierten völlig geräuschlosen Rotationsapparat, bei dem auf die Arretierung der Trommel selbst verzichtet ist und das rhythmische Festhalten des fliehenden Wortbildes erreicht wird durch einen der Bewegung des Wortes entsprechend sich einstellenden Spiegel. Die Einstellung wird bewirkt durch das Schleifen eines mit dem Spiegel verbundenen Hammers auf den Kurven eines mit der Trommel verbundenen Zahnrades. Bei einem zweiten Apparat ist auf Anregung des Herrn Prof. Sommer das Prinzip des sich neigenden Spiegels angewandt für die Exposition größerer Bilder. Ein vertikal stehender Spiegel wird nach Niederdrücken einer Anschlagfeder durch ein Pendelgewicht geneigt und macht das unter ihm liegende Bild sichtbar in dem Augenblick, wo er durch Anschlagen an Kontaktstifte den Chronoskopstrom schließt. Es können Bilder bis zu einer Größe von 13/18 cm exponiert werden. Hackländer konstruierte einen Apparat, der es ermöglicht, Reizworte in beliebig variierbarer Reihenfolge und Wiederholung zu exponieren. Mit dem Reizwort beschriebene Karten stehen in einem Kästchen und können durch leichten Druck auf Tasten, die mit dem Reizwort bezeichnet sind, aus ihrem Versteck erhoben werden. Die Karten schließen einen Kontakt in dem Augenblick, wo sie durch die Kontaktvorrichtung selbst arretiert werden und ruhig stehn. Hackländer weist darauf hin, daß man es vollständig in der Hand hat, vermutlich indifferente Reizworte zu geben, oder Worte, von denen man vermutet, daß sie Komplexreaktionen hervorrufen könnten. Der Apparat gestatte, mit letzteren bei Kriminellen zum Beispiel ruhig zu warten, bis sie gut und ohne jeden dolus reagieren, und ihnen dann plötzlich ein auf Komplexreaktion hinzielendes Wort vorzulegen. Hackländer glaubt, mit seinem Apparat Assoziationsversuche zur Tatbestandsdiagnostik und andere Assoziationsstudien in exakterer Weise anstellen zu können, als es bisher möglich war.

(Eigenbericht.)

Eine ausführlichere Beschreibung soll anderweitig gegeben werden.

Diskussion:

Reich. Sommer.

Im Anschluß an den Vortrag von Dr. Hackländer teilte Professor Sommer mit, daß die deutsche Gesellschaft für experimentelle Psychologie beabsichtige, eine Sammlung von Apparaten und Untersuchungsmethoden aus dem Gebiete der experimentellen Psychologie und medizinischen Psychologie anzulegen, zu welcher er die Vorarbeiten übernommen habe. Aus dieser Sammlung werden Mitglieder der Gesellschaft eventuell Apparate leihweise für einige Zeit erhalten können.

Am Festmahle nahmen Teil der stellvertretende Rektor der Gießener Universität Geheimrat Professor Dr. Vossius und Beigeordneter Curschmann. Beide Herren sprachen Worte der Begrüßung namens der Universität und der Stadt. Herr Medizinalrat Dr. Kreuser gedachte dann des um die hessische Psychiatrie so hochverdienten Geheimrat Ludwig in Heppenheim. Herr Professor Dr. Sommer dankte dann der Regierung und der Stadt für das Entgegenkommen, das sie der heutigen Versammlung dargebracht hätten. Gegen 3 Uhr folgten die Teilnehmer einer Einladung der Stadt zum Besuche der neuerbauten Irrenanstalt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 18. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:



Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft in Stärke von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark

Assistenzarzt

für vornehme Privatanstalt für Nerven- und Geisteskranke sofort oder später gesucht. Spezialistische Vorbildung nicht Bedingung. **Jahresgehalt 3000 M.** bei freier Station, mit entsprechender Erhöhung und Versicherung gegen Unfall- und Krankheit. Bewerbungen mit Lebenslauf und Photographie an: Hofrat Dr. Friedländer, Hohe Mark bei Frankfurt a. M.

An der **Landesheil- und Pflegeanstalt zu Nietleben bei Halle a. S.** sind die Stellen:

1. eines Assistenzarztes
2. des Volontärarztes

zum 1. Oktober d. J. zu besetzen.

Zu 1) Psychiatrische (praktische) Vorbildung erwünscht.

Jahresgehalt 1800 M. (aufsteigend bis 2600 M. in einjährigen Stufen von je 100 M.) neben freier Station I. Klasse.

Zu 2) Jahreseinnahme 1800 M.

Bewerber wollen ihre Meldungen nebst Approbation, Dissertation, Lebenslauf und Zeugnissen über bisherige Tätigkeit an den unterzeichneten Direktor einsenden.

Nietleben, den 18. Juli 1907.

Geh. San.-Rat Dr. Fries.

Am hiesigen Landeshospital mit einer Belegungszahl von 850 Kranken soll am 1. Oktober d. J. **die Stelle eines**

Abteilungsarztes

besetzt werden. Der Anfangsgehalt beträgt 3000 M., steigend alle 3 Jahre um 300 M. bis zum Höchstgehalt von 4800 M. Mit der Stelle ist Pensionsberechtigung unter Anrechnung früherer Dienstjahre in der Psychiatrie verbunden. Verheirateten steht zunächst eine Wohnung, bis spätestens vom 1. April 1909 ab eine Dienstwohnung zur Verfügung.

Nur solche Bewerber, die im deutschen Reiche approbiert und in der Psychiatrie ausgebildet sind, wollen ihre Gesuche einreichen an die

Direktion.

Landeshospital Haina, (Bez. Kassel) den 23. Juli 1907.

„Friedheim" Zihlschlacht
Thurgau, Schweiz.

Comfortables Heim
(gegründet 1890)
für Nerven- u. Gemüthskranke besserer Stände
incl. **Alkoholiker** beiderlei Geschl.

Dr. F. Krayenbühl
Specialarzt.

SANATOGEN

hervorragendes Diätetikum von eklatanter Wirkung auf das Nervensystem,

absolut reizlos
hervorragende tonische Wirkung.

Den Herren Ärzten Proben und Literatur kostenlos durch

Bauer & Cie., Berlin SW. 48.

Dr. Kahlbaum, Görlitz
Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke
Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522
Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Dr. Warda, früher I. Assistenzarzt von Herrn Geheimrat Professor Dr. Binswanger in Jena, empfiehlt seine Heilanstalt für Nervenkranke

Villa Emilia

zu **Blankenburg** im Schwarzatal (Thüringen). Die Anstalt ist durch einen schönen und zweckmäßigen Neubau vergrößert und das ganze Jahr geöffnet. 987

Im Ctr. des vornehmsten W. Vorortes von Berlin, ist ein mit der **Konzession zum Betriebe einer Irrenanstalt** versehenes Grundstück (geeignetes Anstaltsgebäude mit grösserem Park) **baldmöglichst** unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre: **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

Hartglasplatten zur Verglasung von **Unruhigen- und Tobzellen,** sowie für **Beobachtungsfenster** infolge ihrer **grossen Widerstandsfähigkeit unbedingt zuverlässig,** bei vielen Anstalten seit langen Jahren im Gebrauche, liefert **unter Garantie** billigst

Curt Zieger, Hartglasfabrik, **Dresden-A. 18.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 18. 27. Juli **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

La Réaction des Anticorps syphilitiques dans la Paralysie générale et le Tabés.

par M. M. *A. Marie*, de Villejuif, et *C. Levaditi*, de l'Institut Pasteur.

M. M. Wassermann et Plaut*) ont récemment appliqué la méthode de Bordet et Gengou à la recherche des anticorps syphilitiques dans le liquide céphalorachidien des paralytiques généraux.

Cette méthode a permis à C. Neisser, Wassermann et Bruck de déceler les anticorps et les antigènes de la syphilis (produits dérivés des spirochètes de Schaudinn) dans les liquides et les tissus des malades syphilitiques, ainsi que des singes syphilisés.

Le principe de cette méthode est le suivant:

A. On forme un Système composé de: 1⁰ Complément de cobaye (cytase); 2⁰ un ambocepteur hémolytique spécifique; 3⁰ hématies.

B. A ce composé on ajoute un mélange d'anticorps et d'antigène.

On empêche ainsi l'hémolyse qui s'opérerait normalement à défaut de ce mélange.

Par ce procédé et en prenant comme antigène l'extrait de foie et de rate de foetus hérédo-syphilitiques, Wassermann et Plaut ont pu déceler les anticorps syphilitiques spécifiques dans 32 sur 41 liquides céphalo-rachidiens de paralysie générale.

Nous avons appliqué**) la réaction de Wassermann et Plaut à l'étude du liquide céphalo-rachidien chez 67 malades de notre service, et nous avons fait un nombre de réactions supérieur à ce chiffre. En effet, dans plus d'un cas, nous avons examiné la teneur de ce liquide en anticorps à plusieurs reprises chez un même malade. Voici les résultats fournis par nos recherches:

1. Paralysie générale.

Le nombre total des paralytiques généraux a été de 39. Nous nous sommes efforcés de soumetre à notre examen les cas les plus variés comme forme de la maladie, comme gravité des symptômes, comme allure d'évolution, etc., et si, dans la grande majorité de nos recherches, nous nous sommes adressés à des paralytiques généraux type, nous avons eu soin également d'examiner des individus dont le diagnostic de P. G. était douteux, les symptômes étant relativement peu accusés. Ceci était nécessaire, vu que nous désirions nous faire une opinion de la valeur de la méthode au point de vue des services qu'elle pourrait rendre au diagnostic précoce de l'affection paralytique.

Parmi ces 39 cas, 29 ont donné une réaction positive, ce qui fournit un pourcentage de 73 p. 100. Ce pourcentage est inférieur à celui de Wassermann et Plaut (88%). D'après nous, cette différence s'explique par le fait que nous avons soumis à notre examen les types les plus variés de paralysie générale, des formes légères comme des formes très avancées. Or, si dans ces formes avancées, la réaction est presque constamment positive, elle est le plus souvent négative chez les paralytiques pris au début de l'évolution de l'affection (v. plus loin).

Le tableau résume les données concernant nos recherches sur la paralysie générale. Nous avons eu soin d'indiquer dans ce tableau les caractères les plus saillants de la maladie et de classer nos observations en trois catégories. Voici quels ont été les critériums ayant servi à cette classification:

Presque tous nos malades présentaient la triade de symptômes caractéristiques de la paralysie générale, à savoir l'inégalité pupillaire, l'embarras de la parole et la démence amnésique. Ont été rangés dans la première catégorie:

---

*) W. et P. Deutsche méd. Woch. 44. 1906.

**) Nos recherches ont fait l'objet d'une communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris le 21 Décembre 1906 et d'un exposé dans les Annales de l'Institut Pasteur Mars 1907.

Tableau I. — Paralysie générale.

Periode	Nr.	Age	Date d'entrée	Indications sur la Syphilis	Resultat de la Réaction	Observations
1e Periode	1	35	Juil. 06	Accid. vénériens ily a 8 ans	zéro	Etat stationnaire.
	2	38	Sept. 06	Nie la syphilis	+ + +	
	3	53	Avril 06	Nie la syphilis	zéro	Forme à évolution lente (2 entrées, la 1e en 1892).
	4	49	Janv. 03	Nie la syphilis	zéro	Forme à évolution lente.
	5	28	Nov. 02	Syphilis en 1892	zéro + + + +	Le liquide d'une seconde ponction faite 23 j plus tard, a donné une réaction positive.
	6	40	Déc. 05	Nie la syphilis	zéro	Alcoolique. A une seconde ponction faite 34 j. après réact. positive faible.
	7	41	Oct. 03	Nie la syphilis	zéro	Forme à rechutes.
	8	35	—	—	zéro	Pas d'antécédents connus.
	9	39	Oct. 03	—	zéro	Pas d'antécédents connus. Forme lente.
	10	32	Oct. 06	Syphilis en 1893	zéro	Forme à rémission.
2e Periode	11	43	Aout 05	Syphilis en 1898	+	Sa femme a actuellement des acc. syph.
	12	45	Juin 05	Syphilis il y a 20 ans	+ + + +	Evolue de la 1ere à la 2e période.
	13	34	Janv. 06	?	+ + + +	
	14	38	Janv. 06	?	+ + + +	Demi-rémission.
	15	33	Oct. 00	Nie la syphilis	zéro	Stationnaire.
	16	40	Juil. 06	Syphilis il y a 20 ans	+	
	17	46	Sept. 06	Syphilis douteuse	+ + + +	
	18	51	Juin 05	?	zéro	
	19	48	Aout 04	Pas d'indic.	+ + +	
3e Periode	20	46	Janv. 06	Syphilis il y a 20 ans	+ + + +	
	21	47	Juil. 06	Syphilis douteuse	+	
	22	66	Nov. 05	Syphilis ancienne	+ +	
	23	45	Aout 03	Syphilis ancienne	+ +	
	24	36	Sept. 06		+	Pas d'antécédents.
	25	35	Mai 04	Syphilis ancienne	+ +	
	26	33	Juil. 05	Syphilis il y a 16 ans	+	Forme dépressive.
	27	34	Nov. 06	Syphilis il y a 16 ans	+ +	Décédé depuis.
	28	38	Avril 06	Syphilis il y a 23 ans	+ +	
	29	39	Nov. 06	Syphilis il y a 21 ans	+ + + +	Commence à entrer dans la 3e période.
	30	34	Déc. 06		+ + +	Pas d'indication sur la syphilis.
	31	50	Mai 06	?	+ + + +	Sa femme lui aurait communiqué aff. vénérienne. Décédé depuis.
	32	38	Janv. 06	Syphilis il y a 20 ans	+ + + +	
	33	39	Janv. 06	Syphilis probable	+ + + +	Décédé depuis.
	34	44	Oct. 05		+ + +	Pas d'indication sur la syphilis.
	35	27	Oct. 05	Maladie vén. au régiment	zéro	Démence paral. type. Décédé depuis.
	36	41	Janv. 06		+ + + +	Pas d'indication sur la syph. Décédé depuis.
	37	55	Déc. 06	Nie la syphilis	+ + + +	
	38	37	Janv. 07	Syphilis il y a 15 ans	+ + + +	
	39	42	Aout 06	Nie la Syphilis	+ + + +	

a) Des cas atypiques, possibles du diagnostic de pseudoparalysie générale;

b) Des paralytiques généraux, avérés, mais dont la maladie évoluait lentement, présentant des rémissions suivies de rechutes (forme en cascade). Plusieurs de ces malades avaient quitté l'Asile, pour y revenir quelque temps après;

De la seconde catégorie font partie des paralytiques généraux avérés plus avancés que ceux de la première, mais qui étaient capables de travailler, ayant conservé une partie de leurs facultés.

Enfin, appartiennent à la troisième catégorie les paralytiques généraux très avancés, pour la plupart gâteux et alités. Certains de ces malades ont d'ailleurs succombé depuis le commencement de nos recherches qui remontent déjà à plusieurs mois.

Tableau II. — Tabés-paralyse.

Nr.	Nom du Malade	Age	Diagnostic	Date de l'Entrée	Indications sur la Syphilis	Resultat de la Réaction	Observations
1	Bi. . . .	48	Tabo-par.	Oct. 06	Syph. douteuse	+ + + +	Décédé depuis.
2	Im.. . .	46	Tabo-par.	Nov. 06	—	+ + + +	Pas d'indication sur la syphilis.
3	Val. . .	43	Tabo-par.	Déc. 06	Nie la syphilis	+ + + +	Décédé depuis.
4	Depl. .	47	Tabo-par.	Juil. 06	—	zéro	Pas d'indic. sur la syphilis. P. G. à début tabétique.
5	Coif. . .	70	Tabo-par.	Oct. 06	Nie la syphilis	+ + +	P. G. à début tabétique. Décédé depuis.
6	Guer. .	43	Tabés	Déc. 05	—	+ + +	Tabés avec affaiblis. intellectuel.
7	Gauch..	45	Tabés	Aout 06	Syph. anc.	zéro	Tabés avec affaiblis. intellectuel.
8	Fo.. . .	55	Tabés	Juil. 06	Syph. il y a 18 ans	zéro + +	Tab. dementiel. Réact. légèrement positive à une 11[e] ponction.
9	Liar. . .	65	Tabés	Janv. 06	—	zéro	Tabés avec affaiblis. intellectuel.

L'analyse des données résumées dons le tableau II permet quelques réfléxions, dont voici les principales:

a) Si l'on fait le pourcentage des cas ayant donné une réaction positive, dans chacune des trois catégories qui viennent d'être définies, prise à part, on obtient les chiffres suivants:

I[e] catégorie: 10 cas, dont 1 positif = 10 p. 100.
II[e] catégorie, 9 cas, dont 7 positifs = 77 p. 100.
III[e] catégorie, 20 cas dont 19 positifs = 95 p. 100.

Ces chiffres sont des plus expressifs. Ils prouvent l'existence d'une relation intime entre la fréquence des résultats positifs fournis par la réaction de Bordet et de Gengou et l'état avancé de la paralysie générale. Or, comme dans le dispositif expérimental imaginé par Wassermann et Plaut, cette réaction est un indice de la présence d'anticorps syphilitiques dans le liquide céphalo-rachidien, cela revient à dire que ces anticorps s'accumulent dans le liquide cérébrospinal au fur et à mesure que le processus morbide de la paralysie générale avance et que s'aggravent les alterations encéphaloméningées qui forment le substratum materiel de ce processus. La preuve de l'existence d'un lien de causalité entre les deux facteurs qui viennent d'être cités, réside dans le fait que dans plus d'un cas l'examen du liquide céphalo-rachidien, fait à deux reprises et à un intervalle de quelques semaines chez le même individu, nous a montré l'existence d'un accroissement dans la richesse de ce liquide en principes actifs. Or, l'observation clinique montrait une aggravation parallèle du syndrome paralytique chez ces individus.

b) L'examen du même tableau permet de préciser jusqu'à quel point la présence dans le liquide céphalo-rachidien de substances capables d'empêcher l'hémolyse est en rapport avec les antécédents syphilitiques des paralytiques généraux. Dès l'abord, il faut reconnaître que l'enquête clinique est assez souvent impuissante à nous renseigner d'une façon exacte sur ces antécédents, étant donné l'état mental des paralytiques généraux. Aussi avons-nous eu soin de ne consigner dans le tableau que les donnécs qui méritaient quelque confiance, étant corroborée d'une part par des renseignements précis fournis

par le malade lui-même, d'autre part par les témoignages de sa famille.

Parmi les 39 paralytiques examinés par nous, vingt étaient sûrement ou très probablement syphilitiques, leur syphilis remontait à 8—15 et même 23 ans en arrière. Si l'on calcule le pourcentage moyen des réactions positives chez ces vingt paralytiques généraux syphilitiques, on le trouve égal à 80%. Cela montre de la façon la plus nette que la syphilis doit être considérée au moins comme une des causes qui provoquent chez les paralytiques généraux l'apparition de substances empêchantes dans le liquide cérébrospinal. Cette conclusion est d'autant plus justifiée que, si on fait le pourcentage des cas ayant donné une réaction positive chez les paralytiques généraux qui nient avoir eu une affection vénérienne quelconque, on le trouve égal à 36%, c'est-à-dire sensiblement inférieur à celui fourni par les malades ayant des antécédents spécifiques. D'ailleurs, le fait que dans quelques observations (no. 2, 37 et 39), la recherche des anticorps dans le liquide céphalo-rachidien a donné des résultats positifs, quoique les malades aient formellement nié la syphilis, ne saurait être invoqué comme un argument contre ce que nous venons de dire. En effet, cette syphilis niée peut n'être qu'une syphilis ignorée, ou oubliée par des malades atteints d'amnésie démentielle.

c) Parallélement à la recherche de la réaction de Bordet et Gengou, nous avons examiné le liquide céphalo-rachidien de certains de nos malades au point de vue de sa richesse en éléments figurés et de sa teneur en matière protéïques albumo-diagnostic*).

Le cyto-diagnostic nous a montré l'absence de tout rapport constant entre la présence de lymphocytes dans ce liquide et sa teneur en principes capables d'empêcher l'hémolyse. Il a été fréquent de rencontrer des liquides donnant une forte séro-réaction et qui cependant ne contenaient que peu ou pas d'éléments cellulaires. Par contre, et quoique le nombre de nos observations soit encore restreint, nous pouvons affirmer l'existence d'un parallélisme frappant entre les données fournies par la séro-réaction et celles de l'albumo-diagnostic**).

*) Nous pratiquons l'albumo-diagnostic de la façon suivante: on mélange à volumes égaux, du liquide céphalo-rachidien préalablement filtré ou centrifugé, et une solution saturée de sulfate de soude. La réaction est positive, lorsque l'ébullition provoque l'apparition d'un trouble apparent.

**) Dans cinq cas de paralysie générale et dans trois cas de Pg. tabés, la méningo-encéphalite a été constatée à la nécropsie.

2. Tabés et Tabo-paralysie.

Le nombre des tabétiques purs, non paralytiques généraux, observés par nous, á été restreint (4) et il en fut presque de même de celui des malades alleints à la fois de tabés et de paralysie générale (5). Nous avons résumé dans le tableau II le résultat de l'examen du liquide céphalo-rachidien dans ces neuf cas de tabés pur ou associé.

Ce tableau montre que le pourcentage des réactions positives dans le tabés pur ou associé est inférieur à celui de la paralysie générale, puisqu'il n'atteint que le chiffre de 66% au lieu de 73%.

Il semble être plus petit encore, si on s'adresse exclusivement aux cas de tabés non combinés à la paralysie générale (50% au lieu de 80%). Mais le nombre de nos observations est trop insuffisant, pour permettre de formuler une conclusion définitive au sujet de la fréquence des anticorps spécifiques dans le liquid ecéphalo-rachidien des tabétiques. Donc ce que l'on peut dire, c'est que ces anticorps existent réellement et que cela fournit un argument de plus en faveur du lien intime qui relie te tabés à la maladie de Bayle.

Tableau III. — Cas témoins.

Nr.	Nom du Malade	Diagnostic	Indications sur la Syphilis	Résultat de la Réaction
1	Rom. . . .	Mélancolie	—	zéro
2	Roch. . . .	Démence épileptique	—	—
3	Ca.	Epileptique	—	—
4	Mar. . . .	Mal de Little	—	—
5	Ger.	Demence traumat	—	—
6	Lem. . . .	Idiotie	—	—
7	Dup. . . .	Saturnin, Hémiplégie	—	—
8	Saubl. . . .	Saturnin, alcoolique	—	—
9	Ol.	Persécuté	Syphilitiques	—
10	Math. . . .	Demence précoce	Syphilitiques	—
11	Bl.	Imbécile	—	—
12	Fran. . . .	Dem. précoce	—	—
13	West. . . .	Idiotie	—	—
14	Bouch. . .	Epilepsie	—	—
15	Fur.	Dém. précoce	—	—
16	Liz.	Dém. précoce	—	—
17	Charb. . .	Dém traum.	—	—

Cas témoins. — Nos cas témoins ont été choisis parmi les mélancoliques, les épileptiques, les idiots, les déments alcooliques ou traumatiques de

notre service. Ils sont au nombre de 17, et se trouvent résumés dans le tableau III.

Ce tableau nous dispense de tout commentaire.

La séro-réaction du liquide céphalo-rachidien provenant de ces cas témoins nous a constamment fourni un résultat négatif.

* * *

Les constatations que nous venons de résumer dans ce qui précède nous permettent de synthetiser de la façon suivante les indications fournies par l'étude du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux et des tabétiques, à l'aide de la méthode proposée par Wassermann et Plaut:

Il faut d'abord reconnaître que du moins pour ce qui concerne la paralysie générale, la proportion des réactions positives est suffisamment élevée pour pouvoir considérer l'apparition de substances spécifiques dans le liquide céphalo-rachidien comme un phénomène presque constant. La question est de savoir si la méthode appliquée par Wassermann et Plaut peut servir à faciliter le diagnostic de paralysie générale dans le cas où la clinique n'a pas à sa disposition des données suffisantes pour affirmer avec certitude ce diagnostic. Notre étude nous autorise à répondre négativement à cette question. En effet, nous venons de voir que précisément, lorsque le clinicien se trouve embarrassé pour formuler un diagnostic sûr, la méthode des anticorps donne des résultats négatifs ou peu certains, et ce n'est que dans la paralysie générale, confirmée et même avancée, que ces résultats deviennent franchement affirmatifs. D'ailleurs, quand même la recherche des anticorps dans le liquide cérébro-spinal donnerait des indications pouvant guider le clinicien dans des circonstances embarrassantes, elle ne saurait encore servir couramment dans la pratique journalière. Le maniement de la méthode est des plus délicats et exige un certain nombre de dosages préliminaires assez minutieux. Bien entendu, cela n'enlève nullement aux constatations de Wassermann et Plaut leur intérêt théorique.

Ainsi, un des problèmes qui se posent à l'esprit est celui des conditions qui président à l'apparition des principes spécifiques découverts par les observateurs allemands, dans le liquide céphalo-rachidien. Ce que nous venons d'énoncer nous autorise à accorder, avec Wassermann et Plaut, un role prépondérant à l'infection du Trypanosoma pallidum dans la genèse de ces principes spécifiques. Mais la syphilis suffit-elle à elle seule pour provoquer la pénétration des anticorps spécifiques dans le liquide céphalo-rachidien? Nous ne le pensons pas et voici pourquoi.

Parmi nos malades pris comme témoins, qui n'avaient aucun signe de paralysie générale, il s'en trouve deux (No. 9 et 10) qui sont sûrement des anciens syphilitiques; or, le liquide céphalo-rachidien de ces malades atteints l'un de manie de persécution et l'autre de démence précoce, s'est montré totalement dépourvu d'anticorps. Cela démontre de la façon la plus nette que la syphilis seule est impuissante à faire apparaître dans le liquide céphalo-rachidien les substances spécifiques de Wassermann et Plaut.

Devant cette constatation, on est porté à faire intervenir dans le processus dont il est question, d'autres facteurs en plus de l'infection syphilitique, en particulier l'existence d'une lésion syphilitique ou para-syphilitique des centres nerveux. Nos recherches nous ont montré que si la présence d'une telle lésion est effectivement nécessaire pour faire apparaître les anticorps dans le liquide cérébro-spinal, ses qualités et surtout son siége sont d'une importance de premier ordre à ce point de vue. Ainsi chose surprenante au premier abord, il nous est impossible de déceler des substances empêchantes dans le liquide céphalo-rachidien provenant des deux individues syphilitiques porteurs de lésions cérébrales en foyer. Voici d'ailleurs en quelques mots les observations auxquelles nous faisons allusion:

Mor. . . ., 39 ans. Syphilis il y a 15 ans. Alcoolisme aigu, hallucinations, agitation. Contraction pupillaire, hémiplégie gauche avec exagération des reflexes remontant à 5 ans. Réformé pour syphilis cérébrale. Réaction négative.

Il serait intéressant de rechercher ces anticorps dans le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en pleine période secondaire.

Selaid. . . ., 32 ans. Syphilis il y a 12 ans. Hémiplégie droite avec aphasie; inégalité pupillaire, affaiblissement intellectuel. Réaction négative.

Ceci prouve l'insuffisance du facteur syphilis et du facteur cérébral dans la production des substances spécifiques contenus dans le liquide céphalo-rachidien. Cette production est dominée par l'existence de lésions intéressant à la fois le cortex et les méninges et surtout par l'état avancé de ces lésions. Nous avons vu, en effet, que le plus grand nombre de réactions positives a été fourni par les malades atteints de méningo-encéphalite chronique diffuse et que, parmi ces malades, ceux qui étaient le plus éprouvés par ces lésions ont donné les liquides céphalo-rachidiens les plus actifs.

Devant ces faits, nous sommes enclins à admettre que la production des principes spécifiques contenus dans le liquide cérébrospinal des paralytiques généraux doit être assurée par les éléments cellulaires qui prennent part à l'inflammation cortico-méningée qui caractérise la maladie de Bayle. C'est un acte de sécrétion dont il s'agit, et en celà, nous nous rapprochons de l'opinion déjà émise à ce propos par Wassermann et Plaut. Néanmoins il y a une nuance qui nous sépare de ces savants; elle réside en ce que, pour nous, ce sont les leucocytes, en particulier les lymphocytes, qui assurent cette sécrétion, cependant que pour Wassermann et Plaut, ce sont les centres nerveux euxmêmes qui ont cette charge.

En résumé, l'apparition des anticorps dans le liquide cérébrospinal est, d'après nous, conditionnée par l'existence d'une syphilis plus ou moins ancienne et par la localisation cortico-méningée d'un processus inflammatoire syphilitique ou para-syphilitique intense et prolongé.

Zur Ärztefrage.

Von *Dr. Ennen*, Oberarzt an der Rhein. Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Merzig.

Die Verhandlungen über die Ärztefrage in der diesjährigen Sitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie haben bereits eine Reihe von Veröffentlichungen über diesen Gegenstand gezeitigt, die mehr oder weniger verschiedene Anschauungen zum Ausdruck brachten. Am meisten wurde neben der Gehaltsfrage die Schaffung bezw. das Bestehen einer Zwischenstufe zwischen Oberärzten und Assistenzärzten erörtert. Eine derartige Einrichtung scheint mir durchaus angebracht. Es wird immer darauf hingewiesen, daß nicht alle Oberärzte Direktoren werden könnten und daß die Behörden sich bei Besetzung der Direktorenstellen freie Wahl unter den Oberärzten ihres Verwaltungsbezirks vorbehalten müßten. (Ich betone ausdrücklich „ihres Verwaltungsbezirks", weil bei der jetzt bestehenden Abgeschlossenheit der einzelnen Staaten und Provinzen in dieser Hinsicht das Hineinziehen fremder Ärzte für die eigenen eine schwere Zurücksetzung bedeutet.) Wenn nun nicht jeder Oberarzt Direktor wird und auch nicht werden kann, so muß doch billigerweise den nicht Beförderten ein gewisses Äquivalent gegeben werden und das kann nur dadurch geschehen, daß die Stellung des Oberarztes, die ja in vielen Fällen den Abschluß der Laufbahn bilden wird, möglichst gehoben wird. Dann wird sie, wenn auch vielleicht nicht allen, so doch vielen Inhabern die nötige Befriedigung gewähren. Den Titel Oberarzt allen fest angestellten Ärzten zu geben, halte ich nicht für richtig. Schließlich gibt es dann nur noch Direktoren und Oberärzte, und das ist meiner Ansicht nach ein Unding. Der Vergleich mit dem „Oberlehrer" ist nicht richtig, denn die Bedeutung der Bezeichnungen Oberarzt und Oberlehrer ist im allgemeinen Gebrauch eine ganz andersartige. — Ich denke mir die Laufbahn der Anstaltsärzte folgendermaßen. Die Assistenzärzte erhalten, wie jetzt fast allgemein üblich, 1800 Mark Anfangsgehalt nebst den bekannten Emolumenten, nach zwei Jahren 2000 Mark und werden nach weiteren zwei Jahren als Anstaltsärzte lebenslänglich und mit Pensionsberechtigung angestellt. Im Durchschnitt werden sie dann, da jetzt das medizinische Studium durch die neue Prüfungsordnung erheblich verlängert ist, 30 bis 31 Jahre alt sein. In diesem Alter will man nun eine möglichst selbständige Stellung haben, in der man seine Kenntnisse verwerten und sich frei betätigen kann, aber nicht mehr als Assistent lediglich nach Anordnungen anderer handeln. Weiterhin ist das die Zeit, wo die meisten an die Gründung einer Familie denken. Die Stellung des Anstaltsarztes muß also so beschaffen sein, daß sie diesen beiden Erfordernissen genügt; sie muß aber auch der Stellung des Oberarztes einen gewissen Vorrang lassen. Die Oberärzte werden nach dem Dienstalter aus den Reihen der Anstaltsärzte ernannt, in der Regel in jeder Anstalt zwei, und zwar für jede Geschlechtsseite einer. Wo die Verhältnisse es möglich oder wünschenswert machen, können auch drei oder vier Oberärzte vorhanden sein. Zum Beispiel, wenn neben Männer- und Frauenabteilung noch eine Kinderabteilung wie in Süchteln vorhanden ist, oder wenn die Anstalt so groß ist, daß jede Seite noch einmal ganz in zwei große Abteilungen getrennt wird. Die Geschlechtsseiten werden in Abteilungen geteilt, von denen eine dem Oberarzt, die andere oder wenn es mehr sind, die anderen den Abteilungsärzten überwiesen werden. Oberärzte und Abteilungsärzte sind in Bezug auf ärztliche Behandlung selbständig und nur dem Direktor unterstellt. Der äußere Betrieb, Personal, Inventar usw. bleibt dem Oberarzt vorbehalten, dem zu seiner Entlastung ein Assistenzarzt zugewiesen wird. Er hat dadurch dem Abteilungsarzt gegenüber eine bedeutendere Stellung, ohne daß dieser zum Assistenzarzt mit fester Anstellung herabgedrückt wird. Die etwa noch vorhandenen überzähligen Oberärzte kann man in ihrem Titel und Gehalt belassen, bis sie zu wirklichen Oberärzten aufrückten, denn die dritten und vierten Oberärzte haben jetzt doch nur meist die Stellung, wie ich sie für die Anstaltsärzte angegeben habe. Dem Vorschlag von Kerris *), daß der Direktor auch eine Abteilung übernehmen soll, kann ich nicht zustimmen. Der

*) Psych. Wochenschrift Nr. 16.

Direktor soll die allgemeine Leitung haben, aber doch den Ober- und Abteilungsärzten möglichst freie Hand lassen.

Die Gehaltsfrage ließe sich am besten regeln, wenn bei ausreichendem Anfangsgehalt für Abteilungs- und Oberärzte dasselbe Endgehalt festgesetzt würde. Das Anfangsgehalt müßte neben freier Wohnung usw. mindestens 3600 Mark betragen. Das ist zur standesgemäßen Führung eines Haushalts heute unbedingt nötig. Alle zwei Jahre Steigerung um 300 Mark bis zum Höchstbetrage von 6000 oder besser noch 6600, entsprechend dem bisherigen Höchstgehalt der Richter und Oberlehrer. Die Oberärzte beziehen, sofern sie bei ihrer Ernennung diesen Betrag noch nicht erreicht haben, 4500 Mark und steigen im übrigen weiter wie die Anstaltsärzte. Der erste Oberarzt und Vertreter des Direktors erhält noch eine persönliche Zulage, etwa 600 Mark. Das würde dann bei 6600 Mark Endgehalt dem Höchstgehalt eines Richters nach der neuen Gehaltsordnung entsprechen. Die Frage, ob und wie durch diese Regelung die Gehälter der Direktoren beeinflußt würden, will ich hier nicht berühren.

Die Kommission, die der Deutsche Verein für Psychiatrie eingesetzt hat, wird keine leichte Arbeit haben, aus allen Vorschlägen, die wohl noch kommen werden, das Rechte herauszufinden und es einigermaßen allen zu Dank zu machen. Gerade darum ist es aber wünschenswert, wenn sich viele zu dieser Frage äußern. Wenn wir auch allesamt berechtigte Wünsche in Bezug auf unsere Laufbahn haben, so dürfen wir aber auch hoffen, daß sie in Erfüllung gehen. Denn es läßt sich nicht leugnen, daß die Verwaltungen in den letzten Jahren viel in dieser Sache getan und sich den Wünschen der Ärzte wohlwollend gegenübergestellt haben. Wir haben also Grund zu der Hoffnung, daß sich im Laufe der Jahre unser Stand zu einem auch von den Besten begehrenswerten entwickeln wird, nicht zu unserm Wohle allein, sondern zum Wohl unserer Kranken und der Allgemeinheit.

Mitteilungen.

— **Bericht der Commissio in Lunacy** des Staates New York für die Zeit vom 1. Oktober 1904 bis 30. September 1905.

Vor mir liegt ein dickleibiger Band von 1144 Seiten. Es ist der Bericht der Commissio in Lunacy des Staates New York, wie ihn mir alljährlich die Smithsonian Institution im Wege der Akademie der Wissenschaften zusendet.

Die Commissio berichtet über die Irrenfürsorge des Staates New York für die Zeitperiode vom 1. Oktober 1904 bis 30. September 1905.

Dieser Bericht enthält so viel Lehrreiches, daß es gestattet sein mag, einiges aus dem reichen Inhalte anzuführen:

Auf eine Bevölkerung von 8066672 Seelen des Staates New York kamen, ungerechnet die etwa 6000 nicht in Anstaltspflege befindlichen Kranken, 27300 Irre oder 1 auf 299.

Diese Kranken waren untergebracht in 13 Staats-, 2 staatlichen Verbrecher- und in 25 Privat-Irrenanstalten.

Hierbei sei bemerkt, daß die schwachsinnigen Kinder, Idioten und Epileptiker hier nicht mitgerechnet werden, weil über diese und ihre Anstalten der State Board of Charities speziell an die Legislature und den Governor berichtet. Das jährliche Budget dieser Anstalten beträgt ungefähr 400000 Dollar.

Nachfolgende Tabelle gibt eine anschauliche Übersicht über die Einteilung des Staates New York in seine Aufnahmsbezirke, deren Bevölkerungszahl, die Zahl der Irren in denselben, den Belegraum der zugehörigen Irrenanstalten und die wirkliche Zahl der Kranken in denselben.

Für die beiden Verbrecherinnenanstalten ist der ganze Staat Aufnahmsbezirk.

Die 25 Privatirrenanstalten verpflegten auf einem Belegraume von 1373 Betten 985 Kranke, um 13 weniger gegen das Vorjahr.

No.	Staats-Irrenanstalt	Allgemeine Bevölkerung des Bezirkes	Kranke Bevölkerung im Bezirke	Belegraum der Irrenanstalt	Zahl der Patienten in der Irrenanstalt
1	Utica	456299	1346	1110	1177
2	Willard	416820	1256	2322	2288
3	Hudson River .	740048	2672	2035	2275
4	Middletown . .	274758	886	1222	1285
5	Buffalo	558426	1639	1678	1685
6	Binghamton . .	377023	1141	1443	1400
7	St. Lawrence .	572105	1430	1693	1727
8	Rochester . . .	311628	950	1305	731
9	Long Island . .	1358891	3890	655	1211
10	Gowanda . . .	194131	461	812	757
11	Manhattan . .	2457172	8118	3244	4361
12	Kings-Park . .	151130	277	2420	2916
13	Central Islip .	198241	300	3568	3619
	Totale:	8066672	24366	23525	25432

Die Krankenbewegung im Berichtsjahr 1904/05 in den Staatsirrenanstalten gestaltete sich folgendermaßen:

Aufnahme mit Einschluß der Transferierungen	6564
Ohne dieselben (direkte Aufnahmen)	5340
Entlassen wurden u. z.:	
Geheilt	1442
Gebessert	1257
Ungeheilt	1278
Nicht geisteskrank	71
Gestorben	2017
	6065

In den beiden Verbrecherinnenanstalten Matteawan und Dannemora waren 990 Personen verpflegt, darunter 95 Frauen.

Es verblieben am 1. X. 04	761 Männer	83 Frauen
Aufgenommen wurden	134 „	12 „
	895 Männer	95 Frauen
Entlassen wurden u. z.:		
Geheilt	24 Männer	1 Frau
Gebessert	17 „	1 „
Ungebessert	17 „	1 „
Nicht geisteskrank	1 „	0 „
Gestorben	22 „	3 „
	81 Männer	6 Frauen

Die Anstalten für die kriminellen Irren unterstehen administrativ dem Superintendenten der Staatsgefängnisse, welcher die fiskalische Verwaltung ausübt. Für beide Anstalten beträgt das jährliche Budget ungefähr 150000 Dollar.

Für die Staatsirrenanstalten wurden 5267311,91*) Dollar verausgabt, eine Summe, die bei uns beinahe manches ganze Landesbudget ausmacht.

Sehr instruktiv und lehrreich ist der Bericht des ärztlichen Inspektors, der im Berichtsjahre nicht weniger als 3862 Kranke examinierte, ihre Beschwerden prüfte und in einem detaillierten, flott geschriebenen Essay: „In what respects can the state hospitals service be bettered?" („In welcher Hinsicht kann der Spitaldienst verbessert werden?") folgende Punkte bespricht:

1. Die klinischen und wissenschaftlichen Arbeiten der Anstalten.
2. Den Pflege- und Abteilungsdienst.
3. Die Speisenorm.
4. Die Bekleidung der Kranken, die Beschaffenheit der Betten etc.
5. Die Arbeitstherapie, und
6. Die Sicherheit der Kranken bei Feuersgefahr.

Der Board of alienist's berichtet über 407 Kranke, von denen 112 in die respektiven Heimatsorte der Union und 299 in die diversen Heimatsgemeinden Europas abgegeben wurden.

Gegen das Vorjahr kamen um 1560 kranke Einwanderer mehr in Amerika an, d. i. über 41 %.

Auf Ellis Island wurden nicht weniger als 722741 Personen (Zwischendeckpassagiere) untersucht, von denen 30 % auf den Staat New York entfielen. (Fortsetzung folgt.)

*) 1 Dollar = 4 Mark = 5 Kronen.

— **Eine zweifelhafte Zeitschrift.** Nach freundlicher Mitteilung der Herren Kollegen Dr. Nerlich in Waldheim und Dr. Brackmann in Colditz in Sachsen versendet ein Herr Walter Wenge aus Berlin den Prospekt einer kriminalanthropologischen Zeitschrift, in welchem ich als Mitarbeiter des ersten Heftes genannt werde. Ich kenne den angeblichen Herausgeber in keiner Weise, so daß ein Mißbrauch meines Namens vorliegt.

Allerdings vermute ich, daß derselbe identisch mit dem rätselhaften Dr. Steinberg ist, vor dem ich in dieser Wochenschrift, 1906, Nr. 37 und 1907, Nr. 2, gewarnt habe. Die weiter gegen den Schwindel nötigen Schritte sind getan. Sommer-Gießen.

Referate.

— Der Alkoholismus. Seine Wirkungen und seine Bekämpfung. Leipzig 1906. Teubner. (103. und 104. Bändchen der Sammlung: Aus Natur und Geisteswelt.)

Der Zentralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus veröffentlicht hier die während der wissenschaftlichen Kurse zum Studium des Alkoholismus in Berlin gehaltenen wertvollen Vorträge von Weygandt, Hartmann, Keferstein, Stadtrat Münsterberg, Dr. jur. von Strauss u. Torney Rubner, Max Laehr, Juliusburger, Rosenthal, de Terra. Vielseitiger gediegener Inhalt, schöne Ausstattung und mäßiger Preis lassen diese Bände besonders geeignet erscheinen zur Verbreitung in den Kreisen der Gebildeten, die in erster Reihe zum Nachdenken und zur Mitarbeit gewonnen werden müssen, wenn die Alkoholschäden ernstlich bekämpft werden sollen. Mercklin.

Personalnachrichten.

— **München.** Med.-Rat Dr. Heinrich Ullrich, früherer Direktor der Kreis-Irrenanstalt Kaufbeuren ist gestorben.

— **Düsseldorf.** Den Lehrstuhl für Psychiatrie an der Akademie für praktische Medicin in Düsseldorf übernimmt Sanitätsrat Direktor Dr. Peretti in Grafenberg bei Düsseldorf.

— **Hamburg**-Friedrichsberg. Dr. Berndt ist als Assistenzarzt am 23. Juli eingetreten.

Druckfehlerberichtigung.

In Nr. 18 muß es in dem Artikel von Oberarzt Dr. Hopf statt Conciliartätigkeit heißen: „Consiliartätigkeit" und in der Fußnote S. 137, zweite Spalte, Zeile 11 von unten statt doch „dort"

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 19. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von
Professor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien.) Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Kierling-Gugging (Österreich). Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**
Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Winnental.

Assistenzarzt-Gesuch.

An der hiesigen Kgl. Heilanstalt sind baldmöglichst **2 Assistenzarztstellen** zu besetzen. Anfangsgehalt 1800 M. bei freier Station. Bewerbungen, mit Zeugnissen und Lebenslauf belegt, werden erbeten von der Direktion.

Dr. Kreuser.

An **der Provinzial-Irrenanstalt** bei Neustadt an der Ostsee (Holstein) ist die Stelle eines

dritten Hilfsarztes

zu besetzen. Gehalt 2500 M. neben vollständig freier Station. Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion zu richten.

Assistenzarzt

für vornehme Privatanstalt für Nerven- und Geisteskranke sofort oder später gesucht. Spezialistische Vorbildung nicht Bedingung. **Jahresgehalt 3000 M.** bei freier Station, mit entsprechender Erhöhung und Versicherung gegen Unfall und Krankheit. Bewerbungen mit Lebenslauf und Photographie an: Hofrat Dr. Friedländer, Hohe Mark bei Frankfurt a. M.

An der hiesigen Provinzial-Irrenanstalt ist die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen.

Anfangsgehalt 2400 M. bei freier Station I. Klasse. Nach fünfjähriger Dienstzeit der Regel nach Anstellung auf Lebenszeit als Anstaltsarzt mit einem Gehalt von 3300 bis 5300 M. neben Dienstwohnung oder dem tarifmäßigen Wohnungsgeldzuschuß.

Bewerbungen, denen die ärztliche Approbation und sonstige Zeugnisse im Original oder in beglaubigter Abschrift sowie ein Lebenslauf beizufügen sind, nimmt der unterzeichnete Direktor entgegen.

Dziekanka b. Gnesen, d. 30. Juli 07.

Sanitätsrat Dr. Kayser.

Bei der Fürstl. Lipp. Heil- und Pflegeanstalt **Lindenhaus** bei Lemgo ist die Stelle des

Oberarztes

zu besetzen. Das Anfangsgehalt beträgt 2400 M. neben freier Station im Werte von 950 M., es steigt jährlich um 100 M. Psychiatrische Vorbildung ist erforderlich.

Bewerbungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind zu richten an

Direktor Dr. Alter.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 19. 3. August 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Adnexe an Gefängnissen für geisteskranke Verbrecher.

Von Medizinalrat *Dr. P. Näcke* in Hubertusburg.

Die Unterbringungsfrage der geisteskranken Verbrecher will immer noch nicht zur Ruhe kommen und immer noch wogt der Streit zwischen Zentralanstalten, Adnexe an Gefängnissen oder Irrenanstalten. Das Zünglein der Wage neigt sich aber doch nur zu den zwei ersten Modi. Seit Jahren sind jedoch keine neuen durchschlagenden Gründe vorgebracht worden, um das Eine oder Andere vorzuziehen. Meist spricht nur Theorie und subjektives Ermessen, wobei Parteileidenschaft mitspricht.

Wiederholt ist von mir und anderen gesagt worden, daß man auch in diesen Dingen nicht Prinzipienreiter sein darf. Was für das eine Land paßt, paßt nicht für das andere. Es müssen also allerlei Erwägungen Platz greifen. Jedes System hat ferner selbstverständlich seine Vor- und Nachteile. Für größere Länder mögen Zentralanstalten gut sein, für kleine kommen sie nicht in Frage. Aber selbst in größeren fragt es sich, ob dies dem Ideale wirklich entspricht.

Ganz neuerdings bricht Colin in Villejuif bei Paris eine Lanze für die Zentralanstalten*), wie er dies schon öfters getan hat. Er kritisiert zunächst abfällig die Adnexe an den Gefangenenanstalten zu Düren und Bruchsal und meint, nach Ansichten der schottischen Ärzte sei der Adnex am Gefängnisse zu Perth durchaus nicht empfehlenswert. „Alle antworteten mir, wie auch selbst der Arzt dieses Asyls: „wenn Sie etwas machen, unterlassen Sie einen Adnex am Gefängnisse und besonders unternehmen Sie nichts, was dem Asyle in Perth gleicht." Colin hat von dem Adnex am Zentralgefängnisse zu Budapest einen ungünstigen Eindruck empfangen, desgleichen vom neuen in Bruchsal, dessen Arzt, Dr. Stengel, sich durchaus diesem System abhold zeigt, wie auch Dr. Fischer, der Direktor der neuen Irrenanstalt zu Wiesloch. Colin sieht das einzige Heil in den Zentralanstalten, wie sie in Broadmoor (England), in Matteawan und Dannemora (Amerika) gut funktionieren. „Für diese (scil. geisteskranken Verbrecher) wird ein großes Asyl die Möglichkeit gewähren, die nötige Auswahl zu treffen; dort allein können sie nach ihren Erfordernissen und menschlich behandelt werden; dort allein kann die Arbeit organisiert werden; die Überfüllung wird unmöglich sein, wenn man, wie es in den Ländern, die wir anführten, stattfindet, den Ärzten erlaubt, in die gewöhnlichen Irrenanstalten die harmlosen Kranken zu schicken und wenn man unbestimmten Urlaub gewährt (libération conditionelle)." Dem hofft Verf. in der neuen Abteilung der Irrenanstalt zu Villejuif, welche also eigentlich einen Adnex an der Irrenanstalt darstellt, in sich aber ein abgeschlossenes Ganze mit mehreren Pavillons darstellen wird, Folge leisten zu können, wenn auch nur unter den gegebenen Verhältnissen, da leider dort die kriminellen oder besonders gefährlichen Geisteskranken den lasterhaften oder schwer zu behandelnden Kranken beigemischt werden sollen. „Was immerhin geschehen möge, fügte Colin bei, so ist es doch sehr unwahrscheinlich, daß in Frankreich die Gefängnisadnexe je Aussicht haben, sich zu realisieren."

Man sieht, die Gründe, welche Verf. für die Schaffung von Zentralanstalten anführt, sind nicht neu. Die angeführten Vorteile lassen sich größtenteils auch in Gefängnisadnexen verwirklichen, wie ich dies schon in früheren Arbeiten dartat. Denn wie sie jetzt sind, lassen diese Adnexe freilich noch viel zu wünschen übrig, obgleich sie im ganzen bei uns, speziell aber in Preußen, recht zufriedenstellende Resultate ergeben, weshalb dies System alle Aussicht hat, noch weitere Ausbreitung zu finden und zwar nicht nur in Deutschland, sondern auch außerhalb

*) Colin: Deux quartiers de sûreté pour aliénés criminels (Düren et Bruchsal). Revue de Psychiatrie etc. 1907, pag. 177.

Auf der anderen Seite habe ich früher gezeigt, daß Broadmoor, Matteawan und Dannemora — von den italienischen Zentralanstalten schweigen wir lieber ganz — nichts weniger als ideale Zustände bilden und fortwährend, trotz möglichen Abflusses, überfüllt sind und trotz mannigfacher Arbeitsgelegenheit und Verteilung der Kranken für Ärzte und Wärter nichts weniger als ein Paradies darstellen, da auch hier die Anhäufung so vieler gefährlichen Elemente stets bedenkliche Erscheinungen zeitigt.

Soll ein Adnex an Gefängnissen wirklich dem Idealen nahe kommen, so sind folgende Erfordernisse nötig:

1. Die Anstalt soll nicht nur zur Beobachtung und vorläufigen Unterbringung dienen, sondern die gemeingefährlichen Elemente so lange bewahren, bis sie harmlos geworden sind, einige also eventuell lebenslang. Die Harmlosen, soweit sie nicht überhaupt ganz entlassen werden können, würde man einer gewöhnlichen Irrenanstalt zuführen, wogegen von dort, aber in besonderen Räumen, gefährliche, lasterhafte, aber nicht mit dem Gesetz in Konflikt geratene Geisteskranke eingetauscht werden könnten, was besser ist, als für letztere in den Irrenanstalten besondere Räume zu reservieren.

2. Ein größeres Gebäude mit mehreren Abteilungen zur Verteilung der Kranken würde genügen, eventuell zwei oder drei Pavillons mit Bädern, Einzelräumen usw.

3. Auf mannigfaltige Arbeit ist natürlich zu sehen, besonders auf Garten- und Feldarbeit, was sich leicht bewerkstelligen läßt, da Gefängnisse meist in kleineren Städten und ein größeres Areal einnehmen. In großen Städten ist das allerdings nicht oder kaum durchführbar.

4. Der durchaus selbständige Arzt, ein Psychiater natürlich, wird auch Urlaube geben dürfen und Entlassungen, Versetzungen vornehmen, mit Einvernehmen der richterlichen Behörden.

Man wird nun vielleicht einwenden, daß, wenn solche Einrichtungen getroffen würden, dies teurer zu stehen kommen würde, als eine oder zwei Zentralanstalten zu bauen. Das könnte wohl sein, aber die sonst aus obigem Systeme fließenden Vorteile, namentlich die leichte Überführung von Kranken der Gefängnisanstalt in den Adnex, der Wegfall von größeren Transporten, die Möglichkeit, vor allem auch die gefährlichen, nicht bestraften Geisteskranken aus den gewöhnlichen Irrenanstalten mit aufnehmen zu können, würde die etwaigen Mehrkosten reichlich lohnen.

Ein Besuch in einer französischen Kreis-Irrenanstalt.

Von Oberarzt Dr. *Hans Dietz und Frau*, Landesirrenanstalt Philippshospital bei Goddelau.

Gelegentlich eines mehrtägigen Aufenthalts in Marseille, im Februar dieses Jahres, nahmen wir die Gelegenheit wahr, die dortige Irrenanstalt, die wohl die Kranken der Provence aufnimmt, zu besuchen; leider konnten wir nur den letzten Nachmittag dazu verwenden, weshalb die Besichtigung weniger eingehend war, als wir gewünscht hätten. In unserem Hotel hatte man uns liebenswürdigerweise eine Empfehlung eines Arztes verschafft. Die elektrische Bahn brachte uns in einer über ½ stünd. Fahrt aus der Stadt hinaus, bis an deren äußerste Grenze, wo auf sehr weitem, hügeligem Terrain die Anstalt liegt. Durch das Pförtnerhaus Einlaß findend, kamen wir auf einen großen, freien Platz, der rechts und links von Beamtenhäusern, hinten von einem langgestreckten Verwaltungsgebäude begrenzt ist. In dem hohen, sehr geräumigen Korridor des letzteren führte eine Reihe von Türen in ärztliche Amtszimmer, des Direktors Bureau und verschiedene Verwaltungsräume. Ein älterer, gemütlicher Mann in Pantoffeln, den wir gleich für einen Patienten hielten, fragte nach unserem Begehr und führte uns zum Direktor.

Dieser empfing uns sehr freundlich und zuvorkommend, gestattete bereitwilligst den Besuch der Anstalt, und da er eines Fußleidens wegen verhindert war, uns selbst zu führen, gab er uns den eben erwähnten Kranken als Führer mit. Dieser gab uns meist in französischer, auch bisweilen in deutscher Sprache Auskunft auf unsere Fragen und ist, außer dem einen oder anderen Wärter, unser Gewährsmann für all das, was unsere Sinne uns nicht ohne weiteres zugänglich machten. Ein Plan der Anstalt konnte uns momentan nicht gezeigt werden. Sie soll ungefähr 50 bis 60 Jahre alt sein, ist teils in Korridor-, teils in Pavillonsystem gebaut. Eine ungefähre Skizze mag hier folgen, die, wenn auch nicht vollständig richtig, das Verständnis der folgenden Darstellung erleichtern dürfte. Wieviel Gebäude im übrigen der Anstalt noch zugehörten, können wir nicht sagen (Abb. 1).

Nach den Angaben des Führers waren in der Anstalt 1400 Kranke in über 40 „Quartiers“ untergebracht; die Verwaltung, Küche und Kirche liegen in der Mitte und trennen die Männerabteilung von der der Frauen. Freundliche Gartenanlagen um die einzelnen Gebäude vermißten wir. Hinter dem Gebäudekomplex dehnt sich weites Gartenland und Feld aus, das sich bis an einen mit Zypressen bestandenen Hügel heranzieht, auf dem der große Kirchhof von Marseille liegt.

Wir kamen durch zwei geräumige, ineinandergehende Küchen für einfache und bessere Patienten, in denen zahlreiche Kranke, die sich vom Personal wenig abheben, gerade bei der Essenausgabe beteiligt schienen. Die Installation, die Kessel usw. wiesen schon auf längeren Bestand.

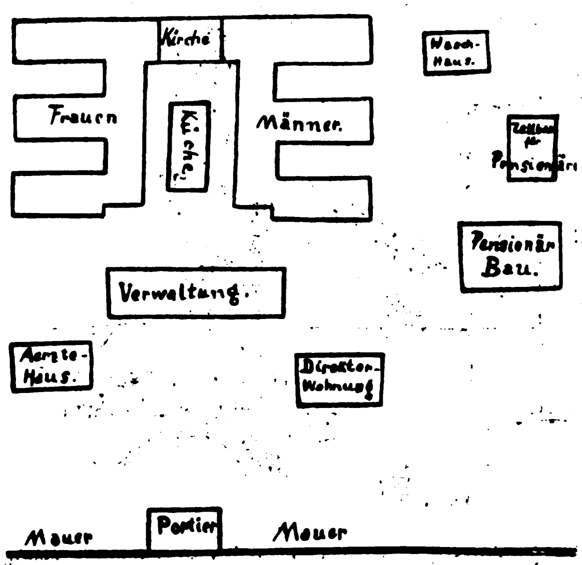


Abb. 1.

In der Männerabteilung sahen wir zuerst das „Réfectoire“ für arbeitende Kranke, einen großen, schmucklosen Raum mit mehreren Tischen, an denen die ruhigen, einfachen, arbeitenden Patienten gemeinsam ihre Mahlzeiten einnehmen sollen.

Die männlichen Patienten werden hauptsächlich mit Garten- und Feldarbeiten beschäftigt, während die Frauen in der Küche und bei der Wäsche Verwendung finden. In einer Arbeiterabteilung sahen wir einen großen, sehr hohen, geräumigen Schlafsaal mit ca. 30 Betten, deren eiserne Bettstellen recht einfach waren. Die nicht sehr großen Fenster waren auffallend hoch angebracht und durch Läden vollständig zu verdunkeln. Der Raum, in dem jede andere Ausstattung fehlte, erinnerte an einen großen Schlafraum des Asyls für Obdachlose in Berlin. Durch einen Korridor kam man in den wohl ebenso großen Aufenthaltsraum, „Chauffoir“, in dem unserer Erinnerung nach nur Bänke, ohne Tische, ringsum an den vollständig kahlen Wänden entlang angebracht waren. In der Mitte befand sich ein einfacher, eiserner, großer Ofen, welcher ein rundum laufendes Schutzgitter hatte. Etwa 30 Kranke saßen oder standen ziemlich stumpf im Saale herum und ließen sich durch unsere Anwesenheit kaum stören. Personal war nur vereinzelt zu sehen.

Wir betraten nun die kleine Kirche, die freundlich und hübsch war. Einige Nonnen, die ständig in der Anstalt sind, waren mit kranken Frauen beim Abendgebet darin. Über ein ziemlich großes Stück noch unkultivierten Landes gingen wir in die, in einem besonderen Gebäude untergebrachte Wäscherei, deren Größe und Geräumigkeit vorteilhaft auffiel. Beim maschinellen Betrieb sollen Kranke keine Verwendung finden. Bei der Waschküche war eine neue Desinfektionsanlage im Bau begriffen. Unser Führer zeigte uns nun noch das Gebäude für die unruhigsten männlichen Pensionäre; durch ein Zimmer, das wohl früher als kleines Aufenthaltszimmer gedient haben mochte — es standen eine Anzahl mit Schonungsüberzügen versehene Polstermöbel darin —, gelangten wir in den T-förmigen Korridor, auf dessen beiden Seiten eine größere Anzahl Zellen sich befanden. Eine wurde uns geöffnet. Sie enthielt nur ein Bodenbett; das höchstens 1 1/2 m im Quadrat große Gitterfenster war in Manneshöhe angebracht, wie bei uns wohl nur in Gefängnissen oder in Bauten für verbrecherische Kranke, und konnte vom Korridor durch einen Eisenladen vollständig geschlossen werden. Im Mittelpunkt des T-Korridors befand sich ein kleiner Eisenofen.

Die Fenster aller sehr hohen Räume, die wir sahen, waren solid vergittert, die Wände überall, auch in den Arbeiterabteilungen, waren vollständig kahl, Blumen- oder Bilderschmuck war nirgends zu sehen, im ganzen der Eindruck lange nicht so freundlich, wie wir ihn in den deutschen Irrenanstalten gewöhnt sind. Auch das Personal fiel nicht vorteilhaft auf. Die angestrichenen Böden waren vielfach mit Sägemehl bestreut.

46 Zellen sollen in der ganzen Anstalt ziemlich regelmäßig besetzt sein, 18 in dem Bau für männliche Pensionäre, zu denen die Kranken gerechnet werden, die pro Tag 3 bis 13,50 Fr. aus eigener Tasche zahlen; dort sind auch Beamte, Militärpersonen usw. vom Staate untergebracht. In dem Zellenbau befand sich noch ein schönes, hohes, ge-

räumiges, rundes Badezimmer, dessen Durchmesser 8 bis 10 m betragen mag.

Ein sehr großes, aber sehr hoch angebrachtes und dadurch vor Einschlagen geschütztes Fenster sorgte für gute Belichtung. 4 Zinkwannen standen in weitem Abstande voneinander und waren am Kopfteile durch einen kurzen Hals mit einem flach ausgerundeten Teller als Ruheplatz für den Kopf versehen (Abb. 2).

Es sollen dort nur prolongierte Bäder bis zu einigen, höchstens sechs Stunden, und diese nur am Tage gegeben werden. Für sehr erregte Kranke wird ein Holzdeckel angewandt, der die Wanne fest abschließt und nur einen runden Ausschnitt für den Hals des Kranken zeigt. Sehr unruhige Patienten sollen sich manchmal an dem Deckel die Knie verletzen.

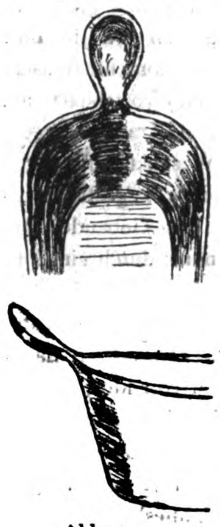


Abb. 2.

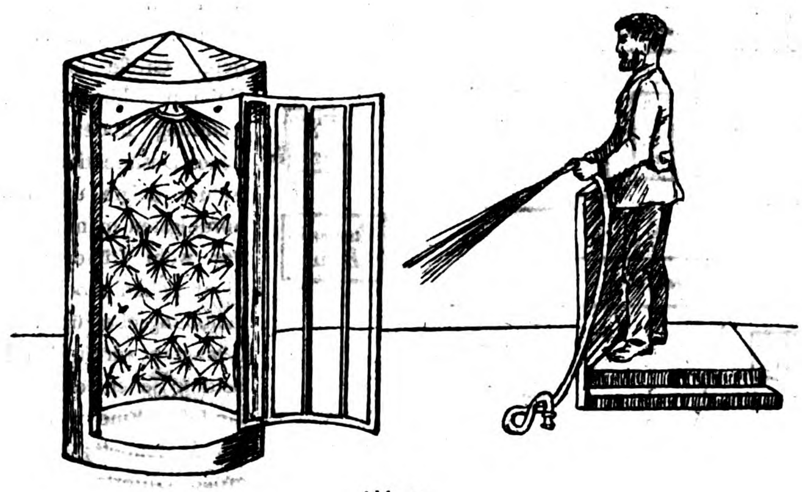


Abb. 3.

Meines Erachtens sollte ein solcher Deckel, ebenso wie Deckel aus Segeltuch mit Halsausschnitt, wie sie wohl vereinzelt auch in Deutschland verwandt werden, als schlimmstes Zwangsmittel unter allen Umständen vermieden werden.

Aus dem großen Baderaum kamen wir in die Duschekammer; in dieser befand sich eine kleine, kanzelähnliche Erhöhung für den Wärter, und neben ihr ein längerer Schlauch, aus dem aus einem geraden Ansatzstück eine Dusche in beliebiger Richtung gegeben werden konnte. In einer Ecke stand ein eiserner runder Käfig, der Raum für eine aufrechtstehende Person gewährte, die durch eine offene Seite hineingebracht wurde, durch Verschließen einer Gittertüre zum Verweilen gezwungen war und nun eine Dusche von oben und durch zahlreiche Öffnungen in der geschlossenen Wand des Käfigs von allen Seiten erhielt (Abb. 3).

Kranke, die sich der Schlauchdusche nicht gerne unterziehen, sollen da hineingebracht werden, manche auch ganz gerne hineingehen.

Wir verließen diesen Ort, kamen an dem großen Pensionärbau vorbei, konnten nur noch rasch einen Blick in den Theatersaal werfen und mußten, da das Abendessen ausgegeben wurde und auch unser Führer danach Verlangen hatte, unseren 5/4 stündigen Besuch beenden.

Kranke hatten wir wenige gesehen, darunter aber doch einige Schwarze aus den französischen Kolonien. Daß Angehörige mancher Länder und Rassen auch in der Irrenanstalt der Hafenstadt Marseille sich finden müssen, kann einen nicht Wunder nehmen, wenn man das bunte Leben und Treiben dort gesehen hat.

Wie wir hörten, besteht das Ärztepersonal dieser Anstalt für 1400 Kranke aus einem Direktor und nur vier Ärzten. Ein Überfluß an Personal dürfte auch nicht vorhanden sein.

Gerne hätten wir zum Vergleiche einige Tage später auch die Irrenanstalt St. Pons für das Département Alpes maritimes von Nizza aus besucht, ließen uns aber doch bei unserer beschränkten Zeit davon abschrecken, als wir hörten, daß der Verkehr dahin durch einen Omnibus vermittelt werde, der vom alten Hafen gewöhnlich nachmittags, aber nur nach Bedarf, gehe und die Hin- und Herfahrt allein zwei Stunden in Anspruch nehme.

Geben diese Mitteilungen auch nur ein sehr unvollständiges Bild der Marseiller Irrenanstalt, so dürften sie doch einiges von allgemeinem Interesse enthalten, was ihre Einsendung rechtfertigt.

Über die forensische Tätigkeit der Anstaltsärzte.

Von k. Oberarzt *Dr. Wagner*, Bayreuth.

In dem Artikel „Der ärztliche Nachwuchs für Irrenanstalten" hat Dr. Sandner-Ansbach darauf hingewiesen, daß den älteren Ärzten an den öffentlichen Irrenanstalten eine viel größere Selbständigkeit und eine angemessene psychiatrische Tätigkeit auch außerhalb der Anstalt gewährt werden müßte, wenn für die jüngeren Kollegen die irrenärztliche Karriere eine stärkere Anziehungskraft wie bisher erhalten sollte. Es wundert mich, daß der Herr Kollege dabei einen Punkt nicht wenigstens kurz erwähnt hat, der meines Wissens bisher keine eingehende Besprechung in unsern Fachzeitschriften gefunden hat, die Tätigkeit des Anstaltsarztes als Sachverständiger. Soll derselbe als Abteilungs-, Stationsarzt, oder wie man ihn sonst heißen mag, vollkommen selbständig seine Abteilung führen, so müßte er notwendigerweise auch alle, natürlich an die Anstaltsdirektion gerichteten Anfragen und Schreiben von seiten der Angehörigen der Kranken, sowie insbesondere seitens der Behörden selbständig erledigen, er müßte bei Patienten, gegen welche das Entmündigungsverfahren eingeleitet ist, dem festgesetzten Termine als Sachverständiger beiwohnen und das geforderte ärztliche Gutachten auf eigene Verantwortung erstatten, er müßte endlich die auf Grund des § 81 St. P. O. eingewiesenen Untersuchungsgefangenen, die seiner Station zugeteilt sind, während der Beobachtungszeit eingehend untersuchen und explorieren, um nach Ablauf derselben das wissenschaftlich begründete Gutachten an die Gerichtsbehörde abgeben zu können und schließlich den „Fall", wo es nötig, selbst in foro zu vertreten.

Die Begutachtung von Geisteskranken, sei es in zivil-, sei es in strafrechtlicher Beziehung, ist nicht immer eine leichte Sache, insbesondere setzt der Nachweis von psychischer Störung in zweifelhaften Fällen neben einer vollständigen Beherrschung der psychiatrischen Disziplin eine feine Beobachtungsgabe, ein scharfes Urteil, einen hohen Grad von Menschenkenntnis, ferner eine große Übung und Erfahrung voraus, die man sich nicht in wenigen Wochen und Monaten aneignen kann! Deshalb sollten sich unsere jüngeren Herren schon frühzeitig mit der gutachtlichen Tätigkeit vertraut machen, bezw. es sollte ihnen Gelegenheit hierzu geboten werden und geschähe dies anfangs nur in der Art und Weise, daß der Kollege irgend einen „frischen Fall" in obigem Sinne bearbeiten würde.

Wer aber unterweist den angehenden Psychiater in der Anfertigung von Gutachten? Wer gibt ihm dazu die nötige Anleitung? Diese Aufgabe könnte wohl niemand anderem zufallen als dem Anstaltsvorstande, in seiner Vertretung dem Oberarzte, von dem man wohl eine gewisse Schulung in forensischer Beziehung voraussetzen darf. Gerade die gutachtliche Tätigkeit wäre in erster Linie dazu angetan, innerhalb der Anstalt die Ärzte und zwar in ihrem Spezialfache weiter fortzubilden und in hervorragender Weise ein Mittel, dem an und für sich so monotonen und ermüdenden Berufe des Psychiaters neue und interessante Seiten abzugewinnen. Dazu ist allerdings noch in hohem Grade wünschenswert, daß den älteren Ärzten von Zeit zu Zeit der Besuch von psychiatrischen Fortbildungskursen ermöglicht werde, wobei diese auch Gelegenheit finden, mit juristischen Kreisen in engere Fühlung zu treten.

Hierbei möge mir gestattet sein, noch auf einen besonderen Vorteil hinzuweisen, den die forensische Tätigkeit in gleicher Weise für die Anstalt wie für die betreffenden Abteilungsärzte brächte. Bei dem leidigen Ärztemangel sind die Stationen, welche den einzelnen Kollegen zugewiesen werden müssen, über Gebühr groß. Kann ich mich doch an eine Zeit entsinnen, da wir uns zu dreien auf 620 Kranke verteilen mußten! Unter solchen Verhältnissen ist es schlechterdings nicht möglich, alle Patienten so genau zu kennen, daß man ohne weiteres über einen jeden ein ausführliches motiviertes Gutachten erstatten könnte. Gerade eine occasionelle eingehendere Beschäftigung mit einzelnen Kranken und gerade erst mit solchen, denen man als „abgelaufene Fälle" meist weniger Beachtung schenkte, wirkt in hohem Grade instruktiv und belehrend. Nicht selten wurde dabei eine früher unrichtig gestellte Diagnose korrigiert, nicht selten die Aufmerksamkeit zufällig, bezw. gerade durch ein eingeleitetes Entmündigungsverfahren auf einen Patienten gelenkt zu einem Zeitpunkte, da derselbe eben einer wesentlichen Besserung entgegenging. Möglichst individuelle Behandlung, eingehende Beschäftigung mit unseren Pfleglingen, auch mit den älteren Fällen, wäre so sehr im Interesse unserer Kranken gelegen! Allein, daran ist nicht eher zu denken, als in den Anstalten auf je höchstens 100 Patienten ein Arzt trifft, den Direktor und stellvertretenden Oberarzt nicht inbegriffen.

Um auf das ursprüngliche Thema zurückzukommen, so gibt es bereits eine Menge von Anstalten, in welchen die Ärzte schon seit Jahren zu gutachtlicher bezw. forensischer Tätigkeit herangebildet und herangezogen werden. Dagegen existieren deren noch viele, in welchen die gesamte forensische Praxis lediglich in den Händen des Anstaltsvorstandes liegt, der auf diese Weise über Gebühr mit Arbeit überlastet ist. Der Grund hierfür liegt in dem Umstande, daß die betreffenden Direktoren die mit der Tätigkeit als Sachverständiger verbundenen Nebeneinnahmen als integrierenden Bestandteil ihres Jahreseinkommens betrachten und sich diese Einnahmequelle in Wahrung ihrer berechtigten Interessen nicht entgehen lassen können. Diesem Übelstande wäre damit wohl am einfachsten und besten abgeholfen, wenn dem Anstaltsvorstande für Entgang der gerichtlichen Tätigkeit eine angemessene jährliche Entschädigung gewährt würde, wie dies beispielsweise an der ober-

bayerischen Heil- und Pflegeanstalt Eglfing und der früheren Münchener Kreisirrenanstalt schon seit mehreren Jahren der Fall ist.

Die Vorteile, welche die Ärzte in einer Anstalt, wo die gutachtliche bezw. forensische Tätigkeit in dem angegebenen Sinne geübt und gepflegt wird, — und die Anstalt selbst — daraus ziehen können, dürfen nicht hoch genug angeschlagen werden. Gar manche Forderungen und Wünsche, wie sie im Dr. Vockeschen Referate, (Über die Lage des irrenärztlichen Standes) das für uns in Bayern die Grundlage aller Reformbestrebungen bildet, könnten auf diese Weise mächtig gefördert werden, wie z. B. größere Selbständigkeit der Anstaltsärzte, entsprechende Fortbildung derselben unter Anleitung des Direktors, Erhöhung der Berufsfreudigkeit durch Verminderung der Eintönigkeit des psychiatrischen Abteilungsdienstes u. dergl. m. Freilich müßte dabei vielfach mit alten und veralteten Prinzipien und Anschauungen gebrochen und hier, wie in so manchen anderen Dingen, der banale und fortschrittfeindliche Grundsatz für immer aus der Welt geschafft werden: „Früher war das nicht so, warum das jetzt anders machen?"

Mitteilungen.

— In der Zeit vom 4. bis 23. November d. J. findet in der psychiatrischen Klinik in München ein **psychiatrischer Fortbildungskurs** statt. Es sind folgende Vorlesungen in Aussicht genommen.

1. Alzheimer, Normale und pathologische Anatomie der Hirnrinde (27 Stunden).
2. Gudden, Anatomie des Zentralnervensystems (6 Stunden).
3. Kattwinkel, Neurologische Demonstrationen (9 Stunden).
4. Kraepelin, Klinische und forensische Demonstrationen (28 Stunden).
5. Nitsche, Methodik der klinischen Krankenuntersuchung (5 Stunden).
6. Plaut, Serodiagnost. Untersuchungen (3 Stunden).
7. Rehm, Cytodiagnostik der Cerebrospinalflüssigkeit (3 Stunden).
8. Rüdin, Tatsachen und Probleme der Entartung. (6 Stunden).
9. Specht, Kriminalpsychologie (8 Stunden).
10. Specht, Klinische Experimentalpsychologie (8 Stunden).
11. Weiler, Physikalisch-klinische Untersuchungsmethoden (5 Stunden).
12. Besichtigung von Anstalten.

Der Kursus wird täglich die Stunden von 8 bis 12 und von 4 bis 6 in Anspruch nehmen. Teilnehmerkarten 60 Mark. Anmeldungen bis 1. September erbeten.

— Maillé, der am 14. Juli auf den Präsidenten der französischen Republik, Fallières das Attentat ausführte, hat sich als geisteskrank erwiesen. Wie er dem Untersuchungsrichter gestand, wird er von frühester Jugend an durch unsichtbare Hände geleitet. Dieser merkwürdige Zustand dauert, seitdem er seine Mutter im Gefängnis gesehen hat. Seit jener Zeit ist er auch „nicht mehr sicher, daß er er selber ist". Namentlich muß er beständig seinen „richtigen Kopf suchen", denn derjenige, den er jetzt trägt, ist eigentlich ein fremder Kopf. Es ist übrigens ein merkwürdiger Kopf, eine „tête voyante". Was heißt das? — fragte ihn der Untersuchungsrichter. „Das heißt, daß man immer sehen kann, was ich denke!" — Nach diesen konfusen Erklärungen hat der Untersuchungsrichter es für angebracht gehalten, seinen Klienten einem Irrenarzt abzutreten. Erkundigungen in Maillés Heimat belehren darüber, daß dieser bis vor ein paar Jahren ein ordentlicher Arbeiter war, sich dann aber plötzlich der „grünen Nymphe", dem Absinthtrinken ergeben hat. Das scheint die erbliche Anlage zur Reife gebracht zu haben. Maillés Physiognomie deutet auf einen Degenerierten: ein flaches Gesicht, eine sehr niedrige Stirn, und zwischen angstvoll zusammengezogenen Brauen ein paar entsetzte Augen. (Nationalzeitung.)

— **Der Generalsekretär der Commission internationale pour l'étude des causes des maladies mentales et leur prophylaxie,** Herr Prof. Dr. Ferrari in Bertalia, Bologna versendet folgendes Zirkular:

S. M. le Roi d'Italie, en accueillant le voeu de la Commission Internationale, vient d'accepter gracieusement le haut patronage de l'Institut International pour l'étude des causes des maladies mentales et leur prophylaxie, proposé par Mr. le Dr. Frank au IIme Congrès de l'Assistance des Aliénés tenu à Milan en 1906.

Il faut donc maintenant se mettre à l'œuvre pour tacher de réaliser le programme de cet Institut.

Le Ministère des Affaires Etrangers de l'Italie va inviter les differents Gouvernements à vouloir nommer leur Delegués officiels à l'Institution; mais de sa part la Presidence du Comité Italien propose une réunion du plus grand nombre des membres du Comité International à Amsterdam au 2 au 7 Septembre à l'occasion du Congrès International de Psychiatrie, Neurologie et Assistance familiale des aliénés afin d'établir d'une façon definitive les lignes directrices du programme de travail, les moyens à adopter et la repartition des differentes charges parmi les membres ou parmi les nations qui seront representées.

Herr Prof. Ferrari bittet um recht zahlreiche Beteiligung an den Beratungen.

— **Bericht der Commissio in Lunacy** des Staates New York für die Zeit vom 1. Oktober 1904 bis 30. September 1905. (Schluß.)

Der Bericht behandelt eingehend die Fortschritte in der Fürsorge für Tuberkulose, akute und heilbare

Kranke, deren Unterbringung in speziellen Pavillons bei allen Anstalten. Unter anderem wird auch in der City von New York ein zu erbauender Pavillon verlangt.

Diesem Berichte schließt sich der des Professors Dr. Adolf Mayer, des Direktors des pathologischen Institutes und der Klinik auf Wards Island an, der in eingehender Weise eine Änderung der Statistik und Gruppierung der psychischen Erkrankungen bespricht.

Er schlägt drei große Gruppen mit Unterabteilungen vor:

A. Krankheiten, welche abhängen von einer deutlich fühlbaren Beeinträchtigung (Interference) des Gehirns und seiner Ernährung in Form mancher bestimmter Hirnerkrankung oder mancher Rauschzustände, Autointoxikationen, Infektionen und Erschöpfungskrankheiten:

I. 1. Psychosen mit einer nervösen Erkrankung oder einem nervösen Komplex oder einer wahrnehmbaren Hirnerkrankung im Mittelpunkte des Interesses:

a) Hirngeschwulst mit psychischen Symptomen.
b) Traumatische Psychosen.
c) Deutlich hervortretende Herderkrankung.
d) Ausgebreitete Gefäßsystemsverletzungen.
e) Gehirnsyphilis.
f) Ausgebreitete Prozesse: multiple Sklerose, Chorea, zentrale Neuritis, Psolyneuritis (wenn nicht spezifiziert unter Rauschzuständen).

2. Die wirklich senilen Psychosen ohne oder mit Herdsymptomen.

3. Allgemeine Paralyse, cerebrale (diffuse oder Herd-), tabische oder gemischte.

3a. Fälle, verdächtig auf allgemeine Paralyse.

II. Psychosen infolge von Rauschzuständen:

1. Alkoholische Psychosen:

Pathologische Rauschzustände, Delirium tremens, akute und subakute Hallucinose Korsakow complex.

Alkoholische Konstitution.

Alkoholparanoia.

Alkoholische Störungen mit mehr abhängigem symptomatischem Typus.

2. Intoxikations-(Vergiftungs-)Psychosen:

a) Angewöhnungen (habits).
b) Akute und subakute Vergiftungen.
c) Vergiftungen infolge Ausübung des Gewerbes.
d) Vergiftungen durch Nahrungsmittel (Pellagra, Ergotismus, Tee und Kaffee.)

III. Störungen durch Autointoxikation, durch Infektionskrankheiten oder durch Erschöpfung:

a) Von der Schilddrüse ausgehende Störungen. (Kretinismus, Myxödem und Gravessche Krankheit.)
b) Durch Urämie, Eklampsie, Diabetes und erwiesene Ernährungsstörungen (gastrointestinale Störungen) hervorgerufene Psychosen.
c) Febrile und postfebrile Delirien.
d) Erschöpfungsdelirien und ihre verwandten Psychosen (Verwirrtheitszustände = amentia).

B. Störungen, welche vorläufig und vermöge ihrer mehr oder weniger auffallenden Symptomatologie am meisten interessieren vom Gesichtspunkte der **symptomatischen Äquivalente des Krankheitsverlaufes und des Ausganges** der Erkrankung; einfache Erregungs- und Depressionszustände, dementia praecox, paranoische Entwicklungsphasen und manisch-depressive Zustände.

Symptomatisch-prognostische Gruppen mit ätiologischem Zusammenhange:

1. Dem exhaustiv-infektiösen Typus verwandte Zustände (nicht differenzierte Delirien und Verwirrtheitszustände).

2. Depressionszustände:

a) Wirkliche, nicht genügend differenzierte Depressionszustände.
b) Symptomatische Depressionszustände.
c) Depressive Halluzinose.
d) Agitierte Depression oder Angstpsychose.
e) Depressionszustände mit Nebensymptomen (paranoische Züge oder andere Komplikationen).

3. Essentielle Verblödungsprozesse (Deterioration) oder Dementia praecox, einfache hebephrenische, katatonische und paranoide Typen.

3a. Verwandte Zustände zu den Verblödungsformen (Deteriorations-Typen), symptomatisch oder ätiologisch oder beides.

4. Paranoische Zustände.

5. Manisch-depressive (Depressions-) Zustände, Erregungszustände und Mischformen.

5a. Den manisch-depressiven Psychosen verwandte Zustände.

C. Störungen, in welchen wir die Merkmale von manchen bekannten Neurosen, Hysterie, Epilepsie, Neurasthenie, Psychasthenie, einer eigentümlichen Form (make-up) Imbecilliät und Idiotie sehen.

Psychosen, die zu den als Neurosen definierten oder den eigentümlichen Formen (make-up) gehören.

1. Neurasthenische Form.
2. Psychasthenische Form.
3. Epileptische Form.
4. Hysterische Form.
5. Konstitutionelle Schwäche (Inferiority = Minderwertigkeit) und abnormale eigentümliche Form (make-up) mit oder ohne Erregungszustände.
6. Idiotie und Imbecillität.

Nun folgt ein Überblick über das klinische Material des letzten Jahres mit einer eingehenden und interessanten Erläuterung dieser im ganzen 168 Fälle.

Ferner folgt eine Übersicht über die klinischen und histologischen Laboratoriumsarbeiten in den einzelnen Staatsspitälern, dann ein interessanter Bericht über experimentelle und vergleichende Anatomie. Den Bericht beschließt eine übersichtliche Darstellung über die photographische Abteilung und ein Plan über die Fortbildungskurse für Anstaltsärzte.

Die Seiten 122 bis 239 enthalten einen Bericht über die am 31. Januar, 9. Mai und 12. Okt. 1905 stattgefundenen Konferenzen der Commissio in Lunacy mit den Superintendenten der einzelnen Spitäler, mit vielen sehr lehrreichen Vorträgen der einzelnen Direktoren.

Interessant sind die Angaben auf Seite 240 bis 260, wo wir die von Jahr zu Jahr steigenden Summen verzeichnet finden, welche der Staat den einzelnen Spitälern von 1893 bis Ende 1905 bewilligte, u. z.: **für Behandlung und Pflege der inter-**

nierten Kranken, für Gehälter und Auslagen für die Commissio in Lunacy, für Beamte, Pflegepersonen, Diener, besondere Agenten, für das pathologische Laboratorium etc.:

Bis 30. Sept. 1894 . . . . . 2386109,14 Dollar.
„ „ 1895 . . . . . 2270391,33 „
„ „ 1896 (Gesetz v. J. 1895, Kap. 693) . . . . . 4200000,00 „
Bis 30. Sept. 1897 (Gesetz v. J. 1896, Kap. 44) . . . . . . 4478445,49 „
Bis 30. Sept. 1898 (Gesetz v. J. 1897, Kap. 460) . . . . . 4734910,67 „
Bis 30. Sept. 1898 (Gesetz v. J. 1898, Kap. 636) . . . . . 5145672,58 „
Bis 30. Sept. 1899 (Gesetz v. J. 1898, Kap. 636) . . . . . 5053100,00 „
Bis 30. Sept. 1900 (Gesetz v. J. 1899, Kap. 569, 590, 572) . 5644891,89 „
Bis 30. Sept. 1901 (Gesetz v. J. 1900, Kap. 62, 367, 412, 419) 4525500,00 „
Bis 30. Sept. 1902 (Gesetz v. J. 1901, Kap. 322, 644, 645) 4132600,00 „
Bis 30. Sept. 1903 (Gesetz v. J. 1902, Kap. 418, 593) . . . 5419100,00 „
Bis 30. Sept. 1904 (Gesetz v. J. 1903, Kap. 540, 511, 598, 599) . . . . 6087840,97 „
Bis 30. Sept. 1905 (Gesetz v. J. 1904, Kap. 635, 728, 729) . 6500406,77 „
(Gesetz v. J. 1905, Kap. 699, 709, 702) . . . .

Nach einem ausführlichen Berichte über die Personalien der Commissio in Lunacy, der Staats- und Privatirrenanstalten, folgen die Berichte der einzelnen Staatsanstalten, unter denen hauptsächlich der des Manhattan State Hospital auf Wards Island hervorgehoben zu werden verdient. Er enthält nämlich eine ausführliche wissenschaftliche Darstellung und Anwendung der neuen, früher angeführten Einteilung der Psychosen nach Prof. Mayer auf das Krankenmaterial der Anstalt und der neu eingeführten Bäderbehandlung von dem verstorbenen Superintendenten Dr. Dent.

Ein ausführlicher Bericht der State charities Aid association mit den angeschlossenen Berichten ihrer Visitoren über die einzelnen Spitäler an die Commissio in Lunacy über ihre Wahrnehmungen über die Irrenfürsorge in den einzelnen Spitälern, mit vielen praktischen und guten Vorschlägen beschließt den interessanten Bericht.

Dieser enthält neben minder wichtigen Dingen:

Die Notwendigkeit der Einsetzung eines Subcommittee on the after care for the insane.

Die Begründung der Erbauung eines oder zweier Pavillons auf den Gründen des Bellevuehospitals zur vorübergehenden Aufnahme und Behandlung der psychisch erkrankten oder auf Krankheit verdächtigen Einwanderer.

Den Bericht über die Transferierung, den Transport der Kranken und die Überfüllung der Spitäler.

Hier ist folgende beigefügte Tabelle interessant, weil sie zeigt, wie enorm die Zahl der Irren im Staate New York von zehn zu zehn Jahren im Verhältnis zur Bevölkerung gestiegen ist:

Jahr	Einwohnerzahl	Zahl der Irren	Verhältnis zur Bevölkerung
1875	4698958	6975	673
1888	5082871	9537	532
1890	5997852	16002	374
1900	7268012	23772	305
1905	8006672	27408	294

Es folgt dann ein Bericht über die Lokalisierung der neuen Irrenanstalt im Norden New Yorks. Daran schließt sich eine längere, sehr logisch entwickelte Schilderung über die Tätigkeit des ärztlichen Inspektors, die besonders über die unhaltbar gewordene Überbürdung desselben mit Amtsgeschäften klagt, dessen karge Bezahlung betont, und in der die Forderung nach erhöhter Entlohnung (von 3500 auf 5000 Dollar) desselben, sowie die Creierung mehrerer solcher Inspektorstellen zur Bewältigung der gestellten, im Interesse der Kranken gelegenen Aufgabe erhoben wird.

Zur Begründung dieser Forderung wird die interessante Tatsache erwähnt, daß in dem Staate Maryland alle vier Kommissionsmitglieder und der Sekretär derselben, im Staate Massachussetts zwei von den vier Mitgliedern der Staatsirrenkommission und die zwei ihr beigegebenen Beamten Ärzte sind. Der Bericht sagt sehr richtig: „Wo mehr Ärzte in der Staatsirrenkommission als Funktionäre sich befinden, besteht eine geringere Gefahr, daß die wissenschaftlich ausgebildete Behandlung der Kranken dem Geschäfte untergeordnet wird, als dort, wo die Zahl derselben auf ein Minimum beschränkt ist."

In der Tat sind die erwähnten Staaten Maryland und Massachussetts, wo die Anstalten der psychisch Abnormen nicht teurer verwaltet werden als anderswo, in der Irrenfürsorge die fortgeschrittensten.

Wenn man bedenkt, daß in allen 45 Staaten und Territorien der U. S. A. eine gleich intensive Fürsorge für die Geisteskranken, schwachsinnigen Kinder, Idioten, Epileptiker und Armen herrscht, dabei vielfach neben der Staatsfürsorge auch noch die Fürsorge der Gemeinden und der Privatwohltätigkeit eingreift, und man weiß, daß über alle diese Wohlfahrtsakte eingehend an die Behörden des Staates berichtet wird, so kann man sich einen Begriff von dem Fleiße und der Arbeitskraft machen, welche das amerikanische Volk der Wohlfahrtspflege in einem Jahre zuwendet.

Dr. Anton Hockauf.

Personalnachrichten.

Dem Direktor der städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. Main, Dr. Sioli, ist das Prädikat Professor beigelegt worden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz, (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 20. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft in Stärke von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark

Bekanntmachung.

Die Stelle einer

Wäsche=Aufseherin

an der oberbayerischen Heil- und Pflegeanstalt Eglfing b. München ist alsbald wieder zu besetzen.

Anfangsgehalt 840 M.; nach je 3 Jahren um 60 M. steigend bis auf 1140 M.; außerdem freie Station II. Klasse. Die Wäscheaufseherin muß der Pensionskasse für die nichtpragmatischen Anstaltsbediensteten beitreten.

Bewerberinnen wollen ihre mit Lebenslauf, Dienstzeugnissen und amtsärztlichem Gesundheitsattest belegten Gesuche bis 28. August an d. unterfertigte Direkt. einsenden u. sich, wenn möglich, persönl. vorstellen.

Eglfing b. München, den 1. August 1907.

K. Direktion der oberbayer. Heil- und Pflegeanstalt. Dr. Vocke.

An der hiesigen Provinzial-Irrenanstalt ist die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen.

Anfangsgehalt 2400 M. bei freier Station I. Klasse. Nach fünfjähriger Dienstzeit der Regel nach Anstellung auf Lebenszeit als Anstaltsarzt mit einem Gehalt von 3300 bis 5300 M. neben Dienstwohnung oder dem tarifmäßigen Wohnungsgeldzuschuß.

Bewerbungen, denen die ärztliche Approbation und sonstige Zeugnisse im Original oder in beglaubigter Abschrift sowie ein Lebenslauf beizufügen sind, nimmt der unterzeichnete Direktor entgegen.

Dziekanka b. Gnesen, d. 30. Juli 07.
Sanitätsrat Dr. Kayser.

An **der Provinzial-Irrenanstalt** bei Neustadt an der Ostsee (Holstein) ist die Stelle eines

dritten Hilfsarztes

zu besetzen. Gehalt 2500 M. neben vollständig freier Station. Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion zu richten.

Am hiesigen Landeshospital mit einer Belegungszahl von 850 Kranken soll am 1. Oktober d. J. **die Stelle eines**

Abteilungsarztes

besetzt werden Der Anfangsgehalt beträgt 3000 M., steigend alle 3 Jahre um 300 M. bis zum Höchstgehalt von 4800 M. Mit der Stelle ist Pensionsberechtigung unter Anrechnung früherer Dienstjahre in der Psychiatrie verbunden. Verheirateten steht zunächst eine Wohnung, bis spätestens vom 1. April 1909 ab eine Dienstwohnung zur Verfügung

Nur solche Bewerber, die im deutschen Reiche approbiert und in der Psychiatrie ausgebildet sind, wollen ihre Gesuche einreichen an die

Direktion.

Landeshospital Haina (Bez. Kassel), den 23. Juli 1907.

Bekanntmachung.

An der Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal ist in Folge Versetzung des bisherigen Inhabers die Stelle des

Oberpflegers

der Irrenabteilung in Erledigung gekommen

Mit dieser Stelle ist ein Anfangsgehalt von 840 M. jährlich sowie freie Station f. den Oberpfleger nach Kostklasse 1 b im Jahresanschlage von 400 M. verbunden. Dienstalterszulagen werden in Aussicht gestellt. Bewerbungsgesuche, belegt mit Zeugniss. und Lebenslauf, sind bis längstens 1. Sept. lfd. Js. bei der k. Direktion der Anstalt einzureichen.

Persönliche Vorstellung der Bewerber ist vorerst nicht nötig.

Bei der Fürstl. Lipp. Heil- und Pflegeanstalt **Lindenhaus** bei Lemgo ist die Stelle des

Oberarztes

zu besetzen. Das Anfangsgehalt beträgt 2400 M. neben freier Station im Werte von 950 M., es steigt jährlich um 100 M. Psychiatrische Vorbildung ist erforderlich.

Bewerbungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind zu richten an

Direktor Dr. Alter.

Kollegen, welche Besprechungen aus der religionspsychologischen Literatur für die **Zeitschrift für Religionspsychologie** zu übernehmen geneigt sind, werden gebeten, ihre diesbezüglichen Wünsche unter Angabe, ob deutsche oder fremdländische Artikel und Werke, mir mitzuteilen.

Dr. Bresler.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 20. 10. August **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Rettungshausarbeit und Psychiatrie.

Von *Dr. Falkenberg*, Oberarzt an der Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin zu Lichtenberg.

Das lebhafte Interesse, das in den letzten Zeiten von den Leitern und Erziehern der der Fürsorgeerziehung dienenden Anstalten den psychischen Eigentümlichkeiten ihrer abnormen Zöglinge entgegengebracht wird, zeigte sich auch jüngst wieder darin, daß auf die Tagesordnung der diesjährigen X. Konferenz der deutsch-evangelischen Rettungshausverbände, die am 5. Juni in Posen stattfand, als Hauptverhandlungsgegenstand ein psychopathologisches Thema gesetzt war und zu eingehender Diskussion Anlaß gab. Das Referat über dies Thema: „Leichte psychische Abweichungen bei Jugendlichen" hatte ich auf Ersuchen des Vorstandes der Konferenz um so lieber übernommen, als die mannigfachen Veröffentlichungen und Erörterungen der letzten Jahre eine genügende Übereinstimmung ergeben haben über die Richtung, in der wir Irrenärzte eine Weiterentwickelung der Fürsorgeerziehung für notwendig halten, und über die Ziele, die uns dabei erstrebenswert erscheinen: es fällt uns nunmehr die nicht minder wichtige Aufgabe zu, jede Gelegenheit zu benutzen, um psychiatrisches Wissen und Denken den übrigen an der Fürsorgeerziehung beteiligten Organen näher zu bringen und uns mit ihnen über die geeigneten Mittel und Wege zu verständigen, die ein Erreichen unserer Ziele in Aussicht stellen. Diese Erwägungen, die u. a. a. in der jüngsten Arbeit Laquers zum Ausdruck kommen, und von denen sich Bresler*) schon 1901 bei seinem Referat auf der Jahresversammlung des Schlesischen Rettungshausverbandes in Breslau und später Schwalbe sowie auf dem Fürsorgeerziehungstage zu Breslau 1906 Neisser bei seinem Vortrage über „Psychiatrische Gesichtspunkte in der Beurteilung von Fürsorgezöglingen" leiten ließen, mußten auch für mich bei der Abfassung des Referates*) und der seinen Inhalt kurz zusammenfassenden Leitsätze maßgebend sein. Ich gab daher zunächst eine möglichst präzise Schilderung der wichtigsten bei den Zöglingen zu beobachtenden psychischen Abweichungen, wobei ich von vornherein dem uns in Laienkreisen immer wieder entgegentretenden Vorurteil, daß wir Psychiater alles irgendwie Auffallende als Zeichen geistiger Störung zu bewerten geneigt seien, zu begegnen suchte. Bei Besprechung der Behandlung der abnormen Zöglinge wies ich auf das von der Provinz Brandenburg unter der rührigen Mitwirkung Kluges gegebene Beispiel hin, durch möglichst frühzeitige — womöglich schon im vorbereitenden Verfahren erfolgende — Überweisung psychisch verdächtiger Jugendlicher an die Beobachtungsabteilungen der Provinzial-Epileptiker- und Idioten-Anstalten in Potsdam, die abnormen Zöglinge von den für ihre Erziehung nicht geeigneten Anstalten fernzuhalten; ferner erwähnte ich die in der gleichen Provinz gemachten Versuche, auf Grund von ausgesandten Fragebogen die schon in den Anstalten befindlichen abnormen, besonders schwer zu behandelnden Fürsorge-Zöglinge kennen zu lernen, um sie, soweit notwendig und angängig, diesen Beobachtungsabteilungen zuzuführen und sie je nach Befund eventuell in einer besonderen ebenfalls in Potsdam schon in Betrieb befindlichen Anstalt oder unter Zuhilfenahme weiterer von der Provinz bei einzelnen größeren Fürsorgeerziehungsanstalten ge-

*) „Die Behandlung psychisch abnormer Kinder in Rettungshäusern"; Rettungshausbote 1902, April. B.'s Arbeit, die wohl die erste psychiatrische Äußerung nach Inkrafttreten des Fürsorgeerziehungsgesetzes gewesen ist, ist wegen des Orts ihrer Veröffentlichung wenig bekannt geworden und auch zu meiner Kenntnis erst nach Erstattung des Referats gekommen.

*) Referat und Diskussion werden in den demnächst im Verlage der Agentur des Rauhen Hauses, Hamburg erscheinenden Verhandlungen der X. Konferenz der deutschen evangelischen Rettungshausverbände und Erziehungsvereine abgedruckt werden.

planten Einrichtungen zu erziehen. Diese an sich sehr empfehlenswerten Maßnahmen würden aber, selbst wenn die übrigen Verwaltungen dem Vorgehen Brandenburgs folgten, doch nur einem Teil der mit psychischen Abweichungen behafteten Zöglinge zu gute kommen können; das Gros der abnormen evangelischen Zöglinge würde nach wie vor in den Rettungshäusern verbleiben müssen, um hier der vom Gesetz geforderten Erziehung teilhaftig zu werden. Auch die Anerkennung einer krankhaften Gehirnanlage, einer psychischen Anomalie, als Grundlage des sittlichen Verfalls vertrage sich sehr wohl mit der Betätigung des Grundsatzes, auf dem die Rettungshausarbeit beruhe: „Niemanden und Nichts aufgeben", nur sei eine Modifikation der Arbeitsmethode erforderlich. Wenn vom Arzte, der zur Beratung und bei der Erziehung und Behandlung des abnormen Zöglings heranzuziehen sei, verlangt werden müsse, daß er die Eigenheiten des kindlichen Seelenlebens kenne und für pädagogische Fragen, insbesondere auch für die Rettungshausarbeit, Interesse habe, so sei nicht minder notwendig, daß auch die Erzieher eingehende, möglichst auf praktische Erfahrung gestützte Kenntnisse in der Psychopathologie der Jugendlichen besäßen. Eine Ergänzung und Vertiefung ihrer Ausbildung in dieser Richtung sei daher anzustreben. Im übrigen empfahl ich, an einzelnen größeren Anstalten die von Mönkemöller, Seelig, Neisser und Anderen geforderten besonderen Lazarett- und Beobachtungsabteilungen einzurichten, in denen die besonders schwer zu behandelnden abnormen Zöglinge durch geeignete ärztliche Maßnahmen über die schlimmsten Zeiten hinweggebracht werden könnten, und durch entsprechende Verteilung der Zöglinge die kleineren Anstalten möglichst von psychisch Defekten zu entlasten und diese in relativ größerer Zahl den für den speziellen Zweck dann besser ausgerüsteten Anstalten zuzuweisen.

In der sich an das Referat anschließenden Diskussion wurde durchweg anerkannt, daß die Zahl der psychisch abnormen Zöglinge eine recht große sei, und daß bei ihrer Erziehung und Behandlung die Erfahrungen der Psychopathologie berücksichtigt werden müßten. Die Mitarbeit der Psychiatrie sei daher mit Freuden anzunehmen; aus erzieherischen Erwägungen wurden aber von einem Redner Bedenken geäußert, ob es zweckmäßig sei, psychisch verdächtige Zöglinge Idioten- und ähnlichen Anstalten zur Beobachtung zuzuweisen. Schließlich wurde auf Vorschlag des Direktors des Rauhen Hauses in Hamburg, Pastor Hennig, der auf die günstigen Erfolge des dort von Dannemann gehaltenen Kursus hinwies, einstimmig eine Resolution angenommen, in der den Rettungshausverbänden empfohlen wurde, besondere Informationskurse für die Erzieher und Helfer der Rettungshäuser einzurichten, um diese mit dem Wesen und der Behandlung psychisch abnormer Zöglinge besser vertraut zu machen; dem gleichen Zweck solle durch Ausstattung der Anstaltsbibliotheken mit geeigneter Literatur und durch Besprechung der Regelwidrigkeiten der abnormen Zöglinge mit den Lehrern und Erziehern auf den von den Vorstehern geleiteten Konferenzen, gedient werden. — Außerdem erklärte die Versammlung ihre Zustimmung zu den von mir vorgelegten Leitsätzen.

Es bedarf an dieser Stelle keiner weiteren Ausführungen, daß der gefaßte Beschluß, der zur allgemeinen Einführung empfiehlt, was schon früher — auch von Leitern einzelner Rettungshäuser — als notwendig bezeichnet worden ist*), allein nicht ausreichen wird, um den vorhandenen Schwierigkeiten und Unzuträglichkeiten so zu begegnen, wie wir Irrenärzte es im Interesse der abnormen Zöglinge wünschen müssen. Andererseits ist es auch ebenso gewiß, daß wir unser Ziel nur dann erreichen können, wenn wir uns der ständigen Mitwirkung der Männer versichern, die mit ernstem Streben in eifriger Arbeit für die Erziehung der verwahrlosten und gefährdeten Jugend tätig sind. Die auf der Konferenz erneut hervorgetretene Bereitwilligkeit, aus den Ergebnissen der psychopathologischen Forschung auch für die Erziehungsarbeit zu lernen, und das gerade uns Psychiater besonders sympathisch berührende Abweisen jeder Schablone sowie das Betonen der Notwendigkeit streng individualisierender Erziehung und Behandlung werden eine Verständigung und ein gemeinsames Arbeiten sicherlich erleichtern. Bemerkenswert waren auch die mehrfach ausgesprochenen Wünsche, daß die Militär-Ersatzbehörden über die abnormen Fürsorgeerziehungszöglinge ähnlich, wie es für die Hilfsschulen vorgeschrieben sei, unterrichtet werden sollten, sowie die treffenden Äußerungen über die Stellung der abnormen Jugendlichen im Strafprozeß, z. B. als Zeuge. Auch die im weiteren Verlaufe der Tagung gepflogenen Erörterungen über die Notwendigkeit, die schulerwachsenen Zöglinge möglichst aus den Anstalten herauszunehmen und in geeigneter Weise außerhalb unterzubringen, zu erziehen und beruflich auszubilden, boten manches für uns Irrenärzte Interessantes. Wenn auch die Ansichten über die Art, wie diese Forderung am

*) In der Erziehungsanstalt zu Lichtenberg werden von Seelig schon seit längerer Zeit belehrende Vorträge für das Erziehungspersonal gehalten.

besten zu erfüllen sei, noch weit auseinandergingen, kann es doch nicht zweifelhaft sein, daß auch bei den abnormen, für die Unterbringung in Familien geeigneten Zöglingen die erzieherischen Gesichtspunkte, insbesondere die Notwendigkeit einer systematischen beruflichen Ausbildung, in den Vordergrund treten müssen. Die Nutzbarmachung der unter irrenärztlicher Aufsicht stehenden Familienpflege kann daher, wie auch Bratz meint, für Fürsorgezöglinge, die wegen akuter Verschlimmerung einer Irren- oder Epileptikeranstalt überwiesen waren, nur ausnahmsweise, auf Grund besonderer den Einzelfall treffender Erwägungen in Frage kommen. Umsomehr muß ärztlicherseits immer wieder auf die Notwendigkeit hingewiesen werden, daß auch die Familien und die Lehrherren, bei denen von den Erziehungsanstalten abnorme Zöglinge untergebracht werden, Verständnis für die krankhafte Veranlagung ihrer Pfleglinge gewinnen. Das wird ja gewiß nicht ganz leicht sein, andererseits zeigen aber doch die Erfahrungen in der Familienpflege Geisteskranker, daß man auch hier nicht allzu pessimistisch in die Zukunft zu schauen braucht, vorausgesetzt, daß zunächst die Leiter und Erzieher an den Erziehungsanstalten psychopathologisch besser ausgebildet sind und dann ihrerseits auf die Pfleger entsprechend einwirken. Von der Einrichtung der Informationskurse kann auch nach dieser Richtung hin Gutes erwartet werden.

Tritt aber der Arzt in derartigen Kursen den in der Erziehungsarbeit Tätigen erst regelmäßig persönlich näher, und weiß er das Interesse seiner Hörer anzuregen und zu fesseln, so wird sich aus einer besseren Erkenntnis und einem tieferen Verständnis des Pathologischen die Notwendigkeit von selbst herausbilden, ärztlichen Rat und Hilfe in weiterem Umfange bei der Erziehung und Behandlung psychisch abnormer Zöglinge heranzuziehen. Nach dem Verlauf der Konferenz scheint mir die Hoffnung berechtigt, daß wir dann in nicht allzu ferner Zeit, wenn wir nur auf die Eigenheiten der Rettungshausarbeit die notwendige Rücksicht nehmen und uns streng an den Grundsatz suum cuique halten, auch noch zu der Einrichtung besonderer Lazarett- und Beobachtungsabteilungen an den für die Heranziehung psychiatrischer Hilfe günstig gelegenen größeren Rettungshäusern kommen werden. Berücksichtigen wir nun den hohen Prozentsatz der Fürsorgezöglinge, der den evangelischen Rettungshäusern überwiesen wird, sowie die Wertschätzung, die diese Häuser bei der Verwaltung genießen, so liegt, glaube ich, kein Anlaß vor, das Ergebnis der Posener Konferenz gering zu schätzen; wir werden vielmehr, wenn die Rettungshausverbände die gegebene Anregung in die Tat umsetzen, einen zwar kleinen aber doch bedeutsamen Schritt zur sachgemäßen Weiterbildung der Fürsorgeerziehung zu verzeichnen haben. Aufgabe der mit der Abhaltung der Informationskurse betrauten Psychiater wird es dann sein, in gemeinsamer Arbeit mit den Erziehern und Leitern der Häuser die Wege für ein weiteres gedeihliches Fortschreiten zu ebnen.

Über Temperamente.

Von Dr. *Béla Révész*, II. Oberarzt an der königl. Landes-Irrenanstalt zu Nagy-Szeben, Ungarn.

Die vier Kategorien, in welche die mittelalterliche Medizin die Menschen nach ihren Charaktereigenschaften einteilte, die sogen. Temperamente — sanguinisch, cholerisch, melancholisch, phlegmatisch —, sind schon längst veraltet. Man gebraucht diese Benennungen noch, aber teils im Bewußtsein dessen, daß man etwas Inkorrektes sagt (wie man etwa vom „Untergehen" der Sonne spricht), teils weil man nichts besseres an ihre Stelle setzen kann — wenigstens derzeit nicht.

Im folgenden möge angeregt werden, auf psychopathologischer Basis die Eigenschaften der Menschen auf eine, dem realen Sein entsprechendere Weise einzuteilen. Den Ausdruck „Temperament", so passend er auch in der Sprache des gewöhnlichen Lebens sein möge, möchte ich ganz fallen lassen. Denn erstens erinnert er zu sehr an das veraltete System, zweitens ist er zu einseitig, denn er nimmt nur die schnellere oder langsamere Reaktionszeit eines Menschen auf einen äußeren Reiz in Betracht (hitziges, kaltes Temperament), ohne aber sich auf andere psychische Eigenschaften, z. B. den Gemütszustand, die Energie etc., zu beziehen, drittens muß der Ausdruck „Temperament" in Kombination mit den verschiedenen „Säften" als Begriffe der seeligen Humoralpathologie im Gegensatze zur herrschenden Zellularpathologie als entschieden anachronistisch angesehen werden.

Statt „Temperament" schlage ich das Wort Charakter vor, natürlich nicht in dem Sinne, in welchem ein Mensch einem gegebenen Moralsysteme sich mehr oder weniger anpaßt, also nicht etwa, wie

wenn man in einem Romane von einem „edlen“ oder „erbärmlichen“ Charakter spricht. Als Charakter möchte ich, in dem uns beschäftigenden Sinne — Einteilen der Menschen in Kategorien je nach ihren psychischen Eigenschaften —, bezeichnen: Einesteils die natürliche Anlage eines Individuums, seinem Milieu gegenüber Stellung zu nehmen und sich darin mehr oder minder zu betätigen, andrerseits die Art und Weise, wie dasselbe Individuum die Reize der Außenwelt aufarbeitet. Der Charakter in diesem Sinne ist demnach aktiv und passiv zugleich, das Individuum übt Aktion nach außen aus, muß aber auch Reaktion erleiden. Der Vorteil einer solchen Auffassung ist meiner Meinung nach vor allem der, daß nicht nur der Charakter des Individuums als Einzelwesen in Betracht kommt, sondern daß das Individuum als Atom der sozialen Masse aufgefaßt wird. Das „Temperament“ war eine Auffassung, welche nur das Individuum betrachtete, ohne irgend einen Einfluß der Gesellschaft, und hierin liegt sein großer Fehler — abgesehen von der schon erwähnten Verquickung mit den „Säften“ der alten Humoralpathologie.

Bemerken muß ich, daß ich mich durchaus nicht an den terminus technicus „Charakter“ binde; im Gegenteil, ein Wort, welches nicht immer an den landläufigen Begriff im moralischen Sinne erinnern würde, wäre besser. Worauf ich jedoch unbedingt bestehe, ist die individuelle und soziale Nuance darin.

Nach der Definition des „Charakters“ schreite ich zur Einteilung der Menschen in Kategorien und unterscheide, auf psychopathologischer Basis fußend, folgende Charaktere:

1. Melancholische,
2. Manische,
3. Manisch-depressive,
4. Paranoide,
5. Neurasthenische,
6. Hysterische,
7. Hypochondrische,
8. Imbezille, und zwar sthenisch und asthenisch Imbezille.

Ich verwahre mich dagegen, als wenn den soeben angegebenen acht Kategorien von Menschen etwas pathologisches zu Grunde liegen würde, aber die Individuen, welche ich nach den obgenannten Kategorien einteile, besitzen als Hauptzug ihres Charakters die Symptome der Krankheiten ähnlichen Namens, wenn auch stark abgeschwächt und, was natürlich conditio sine qua non ist, ohne pathologische Basis. Da es jedoch, wie bekannt, zwischen pathologischem und gesundem Geiste keine strenge Grenzlinie gibt, so erleichtert dies unsere Thesis, nämlich jemand kann z. B. Zeit seines Lebens melancholischer Stimmung sein, alles pessimistisch auffassen, einen dieser Stimmung entsprechenden Gesichtsausdruck haben, und dennoch braucht er kein Melancholiker im pathologischen Sinne zu sein. Sehr ernste Menschen, die sich fast nie ein Lächeln erlauben, pessimistische Philosophen bilden den Typus dieses Charakters.

Die ewig heiteren, immer gut aufgelegten, die fortwährend spaßhaften und geistreichen Leute gehören zum manischen Charakter.

Wieder gibt es solche, bei denen die heiterste Laune mit ausgesprochener Gemütsdepression abwechselt. Das sind diejenigen, welche bald himmelhoch jauchzen, bald zu Tode betrübt sind, wie sie schon der große Dichter hervorgehoben hat.

Zur vierten Kategorie gehören diejenigen, bei welchen sich Eitelkeit, Selbstbewußtsein, Eigenliebe, Überzeugung vom eigenen Wert in Gestalt von Selbstüberhebung als Haupteigenschaften zeigen, Eigenschaften, welche das ganze Tun und Lassen dieser Leute, ihr Denken für sich, ihr Handeln nach außen und die Reaktion der Außenwelt auf ihr ganzes Gebahren beeinflussen.

Zur fünften Kategorie gehören die Neurasthenischen. Leicht erregbar und leicht ermüdend, jeder größeren Anstrengung nur schwer fähig, zeigen sie die Symptome der Neurastheniker, ohne Neurastheniker zu sein.

Die zur sechsten Kategorie gehörigen, die Hysterischen, tragen sozusagen in abortiver Form mehr oder weniger jene Zeichen, die die Hysteriker auszeichnen: Willensschwäche, Neigung zur Unwahrheit, Sich-interessant-machen, Vortäuschung unwahrer Zustände.

Die Hypochonder — zur siebenten Kategorie gehörig — sind wehleidig, haben vor allem Sorge um die eigene liebe Gesundheit, empfehlen diese oder jene Hausmittel, sind sicher, an irgend einem schleichenden Übel zu leiden etc.

Die der achten Kategorie zugeteilten sind die Armen im Geiste, von denen ein Teil mit sich und der Welt unzufrieden ist und mit allem und jedem hadert, ohne einsehen zu können, daß sie eben ihrer schwachen Kräfte wegen nicht den so sehr gewünschten Standpunkt einnehmen können. Der andere Teil ist mit sich und mit allem zufrieden, kämpft sich durch, soweit es eben geht, und behauptet dann ruhig seinen Platz. Breiteste Schichten der Gesellschaft gehören zu dieser Kategorie.

* * *

Gegen die in dem Obigen proponierte Einteilung könnte man folgende Einwendungen machen: 1. Es geht nicht an, normale Menschen nach pathologischen Formen in Kategorien einzuteilen, umso eher, als ja diese pathologischen Formen zum großen Teil noch nicht endgültig fixiert sind. 2. Nicht alle Menschen passen in diese Kategorien, demnach ist die Einteilung entweder eine willkürliche, oder aber müßte die Zahl der Kategorien vermehrt werden. 3. Es gibt Mischformen, nämlich solche Menschen, bei denen zwei oder mehrere Charaktere zu beobachten sind. 4. Wenn bei Gesunden und Kranken dieselben Symptome zu beobachten sind — und daß die Symptome, allerdings in stark abgeschwächter, in abortiver Form bei den Gesunden vorkommen, dies war ja die Basis der Vergleichung —, worin besteht also demnach jener Unterschied zwischen Normalen und Abnormalen? 5. Auch diese acht Kategorien umfassen nicht sämtliche psychischen Phänomene.

Der ersten Einwendung könnte man das Folgende erwidern: Es scheint zwar natürlich, daß es eine Pathologie erst nach der Physiologie geben kann, daß die Lehren der ersteren nur von den Tatsachen der letzteren abgeleitet werden können. Aber die Praxis lehrt gerade das Entgegengesetzte, denn man braucht eben nur die so nahe liegende Neurologie anzuführen, um zu zeigen, wie oft gerade das pathologische Verhalten eines Organes die Physiologie über den Zweck und die Leistung des gesunden Organes aufgeklärt hat. Demnach ist es gestattet, über die Einteilung der gesunden Charaktere auf Basis der pathologischen Veränderungen der Psyche zu sprechen. Abgesehen hiervon, muß die Wahrheit willkommen sein, woher sie auch komme. — Der andere Teil der Einwendung ist schon ernster. Allerdings sind die pathologischen Formen in der Psychiatrie noch nicht fixiert, denn dieser ganz junge Zweig der Medizin hat es bis jetzt noch nicht vermocht, die ganz genauen Grenzen endgültig zu bestimmen. Verschiebungen kommen noch immer vor. Nichtsdestoweniger ist das Wesentliche dieser Formen fixiert, dieses Wesentliche bildet ein festes Zentrum, dessen Grenzgebiete an diejenigen anderer Zentren anstoßen und darin übergehen. Auf die zweite Einwendung kann man antworten, daß es eine Einteilung in der Natur überhaupt nicht gibt, da letztere in Form von unzähligen Übergängen und Schattierungen alle absolute Systematik unmöglich macht. Einteilen ist nur eine Erfindung des menschlichen Geistes, um sich das Auskennen in den unzähligen Erscheinungen der Sinnenwelt zu erleichtern. Demzufolge macht obige Einteilung in acht Kategorien durchaus keinen Anspruch an Vollkommenheit. Es wird tatsächlich zugegeben werden müssen, daß nicht alle Menschen in diese Kategorien passen, daß die Zahl letzterer eventuell vermehrt werden muß. Willkürlich kann jedoch obige Einteilung nicht genannt werden, da sie sich auf natürlicher, wenn auch pathologischer Basis bewegt.

In der dritten Einwendung ist von Mischformen die Rede. Daß es deren gibt, gebe ich ohne Rückhalt zu. So z. B. kenne ich paranoide Charaktere, die zugleich melancholisch sind, andererseits Mischformen von paranoiden und imbezillen, ferner von manischen und neurasthenischen. Ein eingehenderes Studium kann die Einteilung vertiefen und der Wahrheit auch näher bringen.

Die vierte Einwendung befaßt sich mit der Frage, wo eigentlich die feste Grenzlinie zwischen Normalen und Abnormalen liegt. Diese Grenzlinie gibt es eben nicht. Gerade die Forschung der letzteren Jahre hat jene Wahrheit als anerkannt erwiesen, daß Krank und Gesund nicht voneinander getrennt sind, sondern daß es zwischen ihnen breite Grenzgebiete gibt, auf welchen Normal und Abnormal ineinander übergehen. Und wie in der Natur kein Blatt dem anderen gleicht, so kann man sagen, daß es zwischen Gesund und Krank so viele Nuancen gibt, als es eben Menschen gibt. Wie man sieht, läßt sich auch diese Frage, wie übrigens die allermeisten des menschlichen Erkennens, nicht auf eine absolute Weise lösen.

Die letzte Einwendung ist: Die angeführten acht Kategorien umfassen nicht sämtliche psychischen Erscheinungen. Dies ist allerdings wahr. Aber abgesehen davon, daß wir noch nicht alle psychischen Erscheinungen, ja nicht einmal deren Einfachheit oder Komplexität kennen, maßte ich mir in den einleitenden Worten keine Einteilung an, welche sämtliche Phänomene des Seelenlebens umfassen sollte. Ich wollte lediglich vorschlagen, an Stelle der längst veralteten und ungenügenden „Temperamente" etwas sicheres und mehr umfassendes zu setzen.

Dem gütigen Leser, der mir bisher gefolgt ist, möge es anheimgestellt sein, in der bezeichneten Richtung fortfahrend, mit neueren Propositionen hervorzutreten, die das Thema vertiefen sollen.

Zur Einrichtung der Freiluft-Dauerbäder.

Von Dr. *Tintemann*, Assistenzarzt der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Göttingen.

Die allgemein anerkannten Resultate der Freiluftbehandlung aufgeregter Geisteskranker hatten auch in der hiesigen Anstalt wie in Dösen (cf. Artikel „Freiluft-Dauerbäder" in Nr. 17, Jahrg. 1907 ds. Wocheuschr.) bereits im vorigen Jahr zur Einrichtung eines Freiluft-Dauerbades auf der Unruhigen-Station Veranlassung gegeben. Ermutigt durch den Erfolg des letzten Jahres haben auch wir in diesem Sommer dasselbe von neuem aufgestellt und gedenken das Freiluft-Dauerbad zu einer dauernden Behandlungsmethode in unserer Therapie zu machen. Es ist in der Tat auffallend, welchen beruhigenden Einfluß ein derartiges Dauerbad im Freien auf Erregte hat. Dieselben finden in den immer wieder wechselnden Vorgängen auch in der einfachsten Gartenumgebung eine stetig neue Ablenkung ihrer leicht erregten Aufmerksamkeit, die verstärkt durch den Eindruck des Neuen und Ungewohnten ihr Verhalten beeinflußt, und wie das im Bade in einem geschlossenen Raum nicht zu erreichen ist.

Allerdings ist dieses therapeutische Verfahren ja, wie sich besonders im jetzigen Sommer bemerkbar macht, in einem nicht geringen Grade abhängig von der Gunst oder Ungunst der Witterung, die nur zum Teil durch geeignete Maßnahmen parallelisiert werden kann. Wir haben bei unserer Einrichtung, die möglichst einfach gestaltet ist, überhaupt von der Anbringung eines Schutzdaches, welches nur den Vorteil einer Ermöglichung des Badens auch bei Regen bieten würde, abgesehen. Die Badewanne steht, auch ohne daß von einer Schattenwirkung der Bäume Gebrauch gemacht wird, auf einer von der Sonne beschienenen Rasenfläche, sich anschließend an die Hauswand, in der sich der Zulauf für bereits gemischtes warmes und kaltes Wasser, das abgeleitet wird aus der Dauerbadeeinrichtung im Hause, befindet; der Abfluß des Wassers aus der Wanne erfolgt direkt in die Kanalanlage. Rings um das Bad sind Rosten aus Holzleisten angebracht, um einer Unsicherheit und Gefährdung des Wartepersonals und der Kranken, die durch Nass- und Schlüpfrigwerden des Bodens infolge verspritzten Wassers immerhin einmal eintreten könnte, vorzubeugen. Der Schutz des Kopfes der Kranken erfolgt bei zu starker Besonnung durch einen einfachen, breitkrämpigen Strohhut, wie ihn die Erntearbeiter tragen.

Etwas komplizierter wie im Dauerbad im Hause ist die Regulierung des Wärmegrades des Wasserbades. Die Temperatur muß nach der Wärme und der Luftbewegung in gewissem Grade reguliert werden, d. h. sie muß bei größerer Hitze und Windstille etwas niedriger, bei kühlerem Wetter und etwas bewegter Luft etwas höher sein, als im Zimmerdauerbad. Die ganze Anlage ist im Gegensatz zu der in Dösen nicht in einem abgesonderten, sondern im allgemeinen Krankengarten der Unruhigen-Station, wo sich auch die übrigen Kranken tagsüber frei bewegen, aufgestellt, ohne daß dadurch Unzuträglichkeiten entstanden wären. Es liegt hier dasselbe Prinzip zu Grunde, welches wir auch bei unseren Dauerbadanlagen im Haus befolgen, die sich sämtlich nicht in abgeschlossenen, sondern mit den Wachsälen direkt in Verbindung stehenden Räumen befinden. Diese Einrichtung ist getroffen, nicht um Personal zu sparen, — ein überwachender Wärter sitzt stets neben der Wanne — sondern um diesem, wenn es nötig wird, die Unterstützung durch das übrige, die im Garten befindlichen Kranken beaufsichtigende Wartepersonal zu sichern.

Die Einrichtung und Handhabung dieser Bäder wird ja vielleicht nach den individuellen Verhältnissen der einzelnen Anstalten eine etwas verschiedenartige sein müssen, jedenfalls aber verdienen sie eine Berücksichtigung unter den therapeutischen Maßnahmen.

Mitteilungen.

— **XIV. Versammlung des Norddeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie zu Danzig** am 8. Juli 1907. — (Referent: Werner-Owinsk.) Anwesend waren: Kroemer-Conradstein, Kayser-Dziekanka, Seemann-Danzig, Boege-Owinsk, Stoltenhoff-Kortau, Wallenberg-Danzig, v. Karczewski-Kowanowko, v. Skorzynski-Posen, Lauschner-Lauenburg i. P., Krakow-Tapiau, Unruh-Tapiau, Schnitzer-Stettin, Kurrer-Conradstein, Reinhardt-Conradstein, Franz-Conradstein, Werner-Owinsk, Bogusat-Tapiau, Havemann-Tapiau, Goldstein-Königsberg i. P., Hoppe-Allenberg, Poddey-Lauenburg, Dodillet-Owinsk, Siemens-Lauenburg, Birnbacher-Danzig, Luther-Lauenburg, Baller-Owinsk, Deutsch-Lauenburg, Gerstenberg-Lauenburg, Heinke-Lauenburg,

Herse-Neustadt i. W., Heinze-Neustadt i. W., Titius-Allenberg, Krebs-Allenberg. Den Vorsitz führte Werner-Owinsk. Boege-Owinsk wurde zum Schriftführer ernannt.

Werner-Owinsk begrüßte die Versammlung, nachdem er die Sitzung um 11 Uhr eröffnet hatte. Wallenberg-Danzig überbringt der Versammlung Grüße von Herrn Geh. Rat Freymuth-Danzig. Der Vorsitzende teilt mit, daß bisher 49 Kollegen sich als Mitglieder des Vereins gemeldet haben — es soll weiter Propaganda gemacht werden — und schlägt als Geschäftsführer für 1908 vor: Mercklin-Treptow a. R. und Schauen-Schwetz. Beide werden einstimmig gewählt.

Abrechnung: 30,11 Mark hat der Vorsitzende Meyer-Königsberg zugeschickt erhalten. Die zu Grunde liegende Abrechnung wird ohne Widerspruch für gut befunden. Für künftighin soll nur noch 1 M. jährlich als Beitrag erhoben werden. Warschauer-Hohensalza und Wickel-Obrawalde begrüßen telegraphisch die Versammlung. Meyer-Königsberg entschuldigt brieflich sein Ausbleiben, sein angekündigter Vortrag fällt daher aus. v. Skorzynski-Posen meldet sich als Mitglied des Vereins und wird einstimmig aufgenommen. Kroemer-Conradstein schlägt vor, ein Telegramm abzusenden zum 70. Geburtstag von Weber-Sonnenstein und eben ein solches an die Angehörigen des verstorbenen Professors Mendel-Berlin. Beides wird einstimmig genehmigt und die Versammlung erhebt sich auf Vorschlag des Vorsitzenden zum Andenken an den verstorbenen Mendel von ihren Sitzen.

Dr. Kayser-Dziekanka: Die Behandlung der Dementia paralytica mit Mergal.

(Der Vortrag wird später als Original in dieser Wochenschrift erscheinen.)

Diskussion.

Werner fragt nach dem Preise des Mittels. Hoppe begrüßt die angestellten Versuche; er unterscheidet drei Gruppen, die Späterkrankung nach Syphilis, die eigentliche Hirn-Syphilis und Paralyseähnliche Erkrankungen (traumatische und alkoholische Formen).

Dr. Goldstein-Königsberg: Einige Bemerkungen über Sprachhalluzinationen.

Es wird versucht, die Sprachhalluzinationen in Beziehung zu setzen zu den normalen Sprachvorgängen und zu den Erfahrungen aus dem Gebiete der Aphasielehre. Besonders werden in diesem Sinne die Perzeptionshalluzinationen der Sprache besprochen und dargetan, daß die durch die Analyse dieser Halluzinationen und der normalen Sprachvorgänge sich ergebenden Resultate im wesentlichen übereinstimmen. Es wird der Hoffnung Ausdruck gegeben, durch eine derartige Betrachtung sowohl der Lehre von der Aphasie und der Erkenntnis des Aufbaues des Sprachapparates zu nützen, als auch die Sprachhalluzinationen genetisch besser zu verstehen. (Ausführlicher siehe in einer demnächst erscheinenden Arbeit im Archiv für Psychiatrie „Zur Theorie der Halluzinationen".)

Dr. Baller-Owinsk: Manisch-depressive Mischzustände.

Die Mischzustände bilden einen wichtigen Bestandteil im Krankheitsbilde des manisch-depressiven Irreseins, sowohl was die Häufigkeit ihres Auftretens anbetrifft, als auch hinsichtlich der Diagnose. Man unterscheidet nach Kraepelin und Weygandt im wesentlichen vier Hauptmischzustände: die zornige Manie, die depressive Erregung oder agitierte Depression, die gedankenarme Manie und den manischen Stupor. Diese verschiedenen Mischzustände kommen zustande, wenn ein oder das andere Symptom einer Phase des manisch-depressiven Irreseins an Stelle eines Symptoms der anderen Phase tritt. Besonders die Fälle, die gleich beim ersten Anfalle als Mischzustände in Erscheinung treten, können unter Umständen Schwierigkeiten in der Diagnose bieten, meist wird aber das Vorkommen bestimmter Grundsymptome des manisch-depressiven Irreseins auf die Zugehörigkeit zu dieser Psychose hinweisen.

Zur Illustration der einzelnen Mischzustände wurden Krankengeschichten angeführt.

Diskussion.

Luther-Lauenburg meint, daß die sogenannte gedankenarme Manie oft nur durch lange Beobachtung von der Dementia praecox zu scheiden sei. Skorzynski-Posen betont, daß man die Fälle genau auf die Primärsymptome analysiere; eine Diagnose sei auch nach langer Beobachtung oft nicht möglich.

Dr. Boege-Owinsk: Psychosen mit Herderkrankungen.

Vortr. bespricht kurz die Eigentümlichkeiten, die fünf von ihm untersuchte Fälle von Herderkrankungen in klinischer und anatomischer Hinsicht geboten haben. Es handelte sich um einen Cysticercus racemosus, um eine angeborene Cyste, um zwei Gliome und ein Sarkom. — Photographien und mikroskopische Präparate werden herumgegeben. — Epikritisch hebt er hervor, daß auch seine fünf Fälle die Erfahrung bestätigt haben, daß schwere Benommenheit bis zum tiefen Coma, Schwerbesinnlichkeit, Schwerfixierbarkeit und Apathie für die Psychosen durch Herderkrankung charakteristisch sind, daß es zu eigentlicher Demenz dagegen im allgemeinen nicht kommt. — Der Vortrag wird in der „Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie" in extenso erscheinen.

Diskussion.

Siemens hält die Cysten für porencephalische Herde.

Dr. Fritz Hoppe-Allenberg: Hirnbefunde bei periodisch verlaufenden Psychosen.

Bei den typisch-verlaufenden Fällen von manisch-depressivem Irresein sind charakteristische, pathologisch-anatomische Merkmale am Gehirn bisher nicht erhoben. In seltenen Fällen findet man die Zeichen der Hirnatrophie, wie sie auch bei anderen Geistesstörungen vorkommt.

Die periodischen, meist atypisch verlaufenden und zur Verblödung führenden Psychosen, bei denen Hirnherde bestehen, sind als sekundäre, symptomatische,

spychische Funktionsstörungen aufzufassen, die ihre Ursache in einem periodischen Aufflackern des organischen Hirnherdreizes haben.

Dr. Adolf Wallenberg-Danzig hält einen Vortrag über „Neue Beiträge zur Anatomie des Gehirns der Teleostier und Selachier".

Der Vortr. stellt an der Hand schematischer Abbildungen die Resultate zusammen, die er aus zahlreichen experimentellen Degenerationen und aus dem Studium normaler Weigert-Präparate bei verschiedenen Teleostier- und Selachier-Arten erhalten hat.

Er vergleicht die Ergebnisse über den Verlauf der sensiblen Bahnen bei diesen Tieren mit denen, welche von Säugern und Vögeln bekannt geworden sind, und sucht den Nachweis zu führen, daß ein genetischer Zusammenhang zwischen den sekundären sensiblen Systemen sowie ihren Endstätten bei diesen vier Vertebraten-Klassen besteht.

Referate.

— Prof. Dr. med. Lapponi, Leibarzt des Papstes Pius X. und Leo XIII. Hypnotismus und Spiritismus. Medizinisch-kritische Studie. Autorisierte deutsche Ausgabe von M. Luttenbacher, Straßburg i. E. Preis 4 M. Leipzig. Verlag von R. Elischer Nachfolger.

Ref. kann sich mit dem Herrn Übersetzer nicht einverstanden erklären, daß das Erscheinen des Lapponischen Buches „geradezu ein Ereignis" bedeute.

Wenn auch der historische Abriß über den Hypnotismus und Spiritismus infolge seiner Ausführlichkeit bes. der alten Quellen recht interessant ist, so ist doch der Inhalt des Buches sonst weit entfernt von dem, was man von ihm erwartet. Die Darstellung des Hypnotismus steht nicht auf der Höhe der Zeit; geradezu frappiert ist man aber beim Lesen des Kapitels über die Phänomene des Spiritismus. Eine reichhaltige Sammlung zwar! Daß aber ein Arzt, der noch dazu zugibt, daß ihm die Möglichkeit gefehlt hat, die verschiedenartigen Phänomene persönlich zu prüfen, trotzdem an deren Wirklichkeit festhält und sie für ebenso bewiesen erachtet wie etwa tropische Krankheiten oder bekannte geographische Tatsachen, die zu sehen und kennen zu lernen, er nie Gelegenheit hatte, ist nicht verständlich. Wenn das Buch Verbreitung findet, so verdankt es dies mehr der Stellung des Verfassers und dem recht augenfälligen Umschlag, als seinem Inhalt.

Heinicke-Waldheim.

— Wissenschaftliche Beilage zum 19. Jahresbericht (1906) der Philosophischen Gesellschaft an der Universität Wien. Leipzig 1906. Verlag von Ambrosius Barth.

Von den in dieser Beilage enthaltenen vier Vorträgen (1. Grenzfragen der Mathematik und Philosophie von F. Klein und A. Höfler; 2. Versuch einer Theorie der scheinbaren Entfernungen von R. von Sterneck; 3. Schiller als Vorgänger des wissenschaftlichen Sozialismus von J. Ofner; 4. Philosophische Grundlegung der modernen Psychologie von Dr. O. Ewald), soll der letzte nur referiert werden, da aus begreiflichen Gründen sein Inhalt die Fachkollegen am meisten interessieren wird: Entgegen der Ansicht der absoluten und der psychophysischen Materialisten treten sämtliche andere Psychologen dafür ein, daß es ein eignes Gesetz der Seele und ein eignes Gesetz des Körpers gibt. Daraus entspringt die Notwendigkeit, jede dieser Gesetzessphären zu erforschen und einer gesonderten Betrachtung zu unterziehen.

Die psychische Gesetzlichkeit zu ergründen, ist die Aufgabe der psychologischen Disziplin, sowohl nach deren innerer Beschaffenheit, als auch nach der Art, in der sie unserem Bewußtsein gegeben ist. Dabei zeigt es sich, daß beide Fragen unlöslich verkettet sind. Heinicke-Waldheim.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Beiblatt zu Nr. 20 der Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift

10. August 1907.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

Liste zu ermittelnder unbekannter Geisteskranker.
Nr. 42.

Am 10. April 1907 wurde die nachstehend beschriebene und abgebildete unbekannte Geisteskranke, genannt Berta Poska, in Prauss bei Nimptsch in Schlesien aufgegriffen.

Die Poska ist 1,58 m groß, grazil gebaut, die Ohrläppchen sind nicht ausgebildet. Das Haar ist dunkelblond, der Haarwuchs sehr spärlich, am Hinterkopfe fehlen die Haare gänzlich. Nach Angabe der Kranken ist dies die Folge eines im zweiten Schuljahre überstandenen Typhus. Augenbrauen dunkel. Augen graugrün; Gesichtsfarbe brünett; Alter etwa 31 Jahr. Die Patientin hält sich peinlich sauber in ihrem Äußern und zeigt regen Trieb zu nützlicher Tätigkeit. Spontane sprachliche Äußerungen fehlen gänzlich; auf Fragen gibt sie zunächst eine kurze sinngemäße Antwort, um dann in verworrener Form weiterzuschwatzen. Dabei gerät sie in stetig zunehmende Erregung. Ihren Angaben über Zivilstand, Herkunft und Beruf ist nichts Sicheres zu entnehmen. Sie nennt sich Berta Poska, Prinzessin aus Damaskus. Als Geburtsort gibt sie stets „Staritz in Ostpreußen" an. Sie spricht deutsch (in anscheinend ostpreußischem Dialekt) und polnisch. Es wird vermutet, daß die „Poska" aus einer Irrenanstalt entwichen ist.



Bekleidung: ein Hemd, drei Röcke, zwei Jacken, ein Tuch, ein Paar Schuhe, ein Paar Strümpfe, ein Hut; alles in sehr schlechtem Zustande.

Angaben, welche zur Ermittelung der Herkunft der obigen Geisteskranken dienen können, werden unter IIa Un. 20/10 VII an den **Landeshauptmann von Schlesien** zu Breslau erbeten.

Neunter Jahrgang. Nr. 21. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien.) Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Kierling-Gugging (Österreich). Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark

Bei der Fürstl. Lipp. Heil- und Pflegeanstalt **Lindenhaus** bei Lemgo ist die Stelle des

Oberarztes

zu besetzen. Das Anfangsgehalt beträgt 2400 M. neben freier Station im Werte von 950 M., es steigt jährlich um 100 M. Psychiatrische Vorbildung ist erforderlich.

Bewerbungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind zu richten an

Direktor Dr. Alter.

An der hiesigen Provinzial-Irrenanstalt ist die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen.

Anfangsgehalt 2400 M. bei freier Station I. Klasse. Nach fünfjähriger Dienstzeit der Regel nach Anstellung auf Lebenszeit als Anstaltsarzt mit einem Gehalt von 3300 bis 5300 M. neben Dienstwohnung oder dem tarifmäßigen Wohnungsgeldzuschuß.

Bewerbungen, denen die ärztliche Approbation und sonstige Zeugnisse im Original oder in beglaubigter Abschrift sowie ein Lebenslauf beizufügen sind, nimmt der unterzeichnete Direktor entgegen.

Dziekanka b. Gnesen, d. 30. Juli 07.

Sanitätsrat Dr. Kayser.

An der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Osnabrück ist die Stelle einer

Hilfsoberwärterin

zum 1. Oktober d. Js. zu besetzen. Das Gehalt beträgt neben freier Station II. Klasse 600 M. steigend zweijährlich um 50 M. bis 900 M. Nach 10 jähriger Dienstzeit Pensionsberechtigung.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnissen an die Direktion.

An der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Weilmünster (Reg.-Bez. Wiesbaden) ist zum 1. Oktober 07 die Stelle eines

Assistenz-Arztes

zu besetzen.

Anfangsgehalt 1600 M. (mit Genehmigung des Landesausschusses Anstellung mit dem Gehalte der II. Stufe 1900 M.) nach 3 Jahren 2200 M., nach weiteren 3 Jahren 2400 M. neben freier Station (Wohnung, Verpflegung, Heizung, Licht. Wäsche etc.).

Da der Bau einer dritten großen Anstalt beabsichtigt ist, sind die Aussichten auf Beförderung zum Oberarzt nicht ungünstig.

Bewerbungen mit Approbation an die **Direktion.**

Kollegen, welche Besprechungen aus der religionspsychologischen Literatur für die **Zeitschrift für Religionspsychologie** zu übernehmen geneigt sind, werden gebeten, ihre diesbezüglichen Wünsche unter Angabe, ob deutsche oder fremdländische Artikel und Werke, mir mitzuteilen.

Dr. Bresler.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 21. 17. August 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt.

Von Direktor *Dr. Scholz*-Obrawalde.

Vor einiger Zeit forderte die Behörde von den Direktoren der Posener Provinzialanstalten einen Bericht darüber ein, woher es komme, daß in den Anstalten der Provinz so wenig Kranke als heilbar bezeichnet würden. Ich führte damals u. a. aus, es scheine mir zweifelhaft, ob wirklich, wie man so oft behaupte, eine frühzeitig eingeleitete Anstaltsbehandlung bessere Heilungsaussichten biete, als eine verzögerte. Zwischen der Genesungsziffer und der Anstaltspflege bestehe nur insofern ein Zusammenhang, als bei erleichtertem Aufnahmeverfahren mehr heilbare Kranke in die Anstalt gebracht würden. Und dieser Umstand allein sei die Ursache jener scheinbar besseren Heilungsresultate, die die Anstalten mit schneller Aufnahmefähigkeit gewährten. Alkoholdeliranten, erregte Epileptiker oder sonstwie transitorisch Gestörte kämen in manche Landesirrenanstalten kaum hinein, weil sie gesund würden, ehe noch Angehörige oder Behörden ihren Entschluß zur Anstaltsüberführung des Erkrankten in die Tat umgesetzt hätten.

Ich weiß nicht, ob diese Ausführungen an der Stelle, für die sie bestimmt waren, Anklang gefunden haben. Nach einem Beschluß des letzten Provinziallandtages soll den Ortsarmenbehörden, die die Einlieferung eines Kranken „zum Heilversuch" beschleunigen, eine Zahlungserleichterung zuteil werden. Der Beschluß ist natürlich recht dankenswert, denn er wird manchem Kranken eine rasche gute Pflege verschaffen und Patienten und Publikum vor Mißhelligkeiten und Gefahren schützen, aber seine ursprüngliche Absicht wird er nicht erreichen: nicht ein einziger Kranker wird in Zukunft schneller geheilt werden als vordem!

Denn was in Wahrheit leistet die Anstaltsbehandlung? Sie gewährt eine geschulte, einsichtsvolle Pflege, an der es draußen oft gebricht, und nimmt dadurch der Krankheit einen guten Teil ihres abschreckenden Charakters. Sie legt den Ausbrüchen kranker Leidenschaften Zügel an, gibt Trost und Ruhe, beseitigt üble Gewohnheiten, erzieht zur Sauberkeit und Sorgfalt und sichert vor Gefahren, vor Mißhandlungen und Spott. Das ist viel und mehr als genug, sie zu empfehlen. Doch was sie nicht vermag — bis jetzt nicht —, das ist, daß sie Patienten, die draußen nicht genesen wären, heilt, ja auch nur, daß sie Heilung, wo solche von vornherein zu erwarten, rascher bringt, als es unter anderen Umständen der Fall wäre.

Ich weiß, solch skeptische Meinung stimmt mit der allgemeinen ärztlichen Ansicht nicht überein. Auch die Lehrbücher der Psychiatrie wollen von ihr nichts wissen. „Hundertfältige Erfahrungen", so heißt es irgendwo, „beweisen uns immer aufs Neue die Richtigkeit des Satzes, daß die Heilungsaussichten bei schneller Aufnahme des Kranken in die Anstalt wachsen." Aber ich meine, die Erfahrung hat das durchaus nicht bewiesen. Wir können im günstigsten Falle vermuten, daß es so ist, indem wir die, von einer schönen, stillen Hoffnung getragene Schlußfolgerung ziehen: gute Pflege befördert die Heilung, schlechte hindert oder verschleppt sie; die Irrenanstalt bietet gute Pflege, also wird sie auch bessere Heilresultate haben. Der Fehler liegt im Vordersatz: in der unzulässigen Verallgemeinerung.

Wohl aber wissen wir etwas anderes. „Hundertfältige Erfahrung" lehrt uns, daß akute Psychosen (und um die handelt es sich zunächst nur) heilen überall, wo es nur sein mag, in der Anstalt und außerhalb, bei guter Pflege und bei schlechter. Wollten wir nun feststellen, ob die Anstaltspflege wirklich überlegen ist (immer in Bezug auf die Heilung!), so müssen wir Vergleiche zwischen dem Verlauf einer Psychose drinnen und draußen ziehen. Aber das können wir nicht. Denn die Anfälle, sagen wir meinetwegen bei einem Manischen oder Epileptischen, wechseln an Dauer und Heftig-

keit auch bei gleichbleibenden äußeren Verhältnissen, z. B. in der Anstalt selbst. Unsere Folgerungen wären also niemals eindeutig und über Wahrscheinlichkeitsschlüsse kämen wir nicht hinaus.

Gut denn, ist es wahrscheinlich, daß die Anstaltspflege die Heilung beschleunigt und daß sie sonst Unheilbaren Genesung gibt? Wir erleben hundert- und tausendfach (hier paßt der Ausdruck wirklich), wie Kranke ihre manischen oder depressiven Phasen, ihre Amentia, ihre Delirien und andere Bewußtseinstrübungen draußen durchmachen und wie sie genesen, oft ohne jede Behandlung, ja unter den erbärmlichsten Verhältnissen. Wir sehen, wie man ihnen mit Vorwürfen, Drohungen, Prügel, Gebeten und Teufelsaustreibungen zusetzt. Aber gesund werden sie doch. Müßte man nicht das Gegenteil erwarten? Wer eine Manie hat, wird sie wieder los, — das ist die Regel, und für die Heilbarkeit besagt es nichts, wo der Patient sein Leiden überwindet, ob mit Stricken gebunden im Spritzenhaus oder im schönen Bett des Irrenhauswachsaals. Wir sehen akute Psychosen in Gefängnissen kommen und schwinden, und Alkoholiker machen ihr Delirium in der verpönten Krankenhauszelle ebenso rasch durch, wie in der modernsten psychiatrischen Klinik. Protrahierte Delirien trifft man in Irrenanstalten an und nicht protrahierte in der Isolierhaft — oder auch umgekehrt. Wie es gerade kommt, — nirgendwo eine erkennbare Regel! Im Irrenhaus verläuft das eine Mal die manische Erregung rasch, das andere Mal langsam, also unter ganz denselben äußeren Verhältnissen. Verworrentobsüchtige Kranke, die gestern noch Geschirr zerbrachen und ihr Hemd zerrissen, erwachen heute zur Gesundheit, daß wir erstaunt uns fragen, woher die plötzliche Wendung gekommen. Wir erleben Spätheilungen, an die kein Irrenarzt mehr zu denken gewagt, und Patienten, die in der Anstalt „nicht vorwärts kamen", genesen (welche Ironie!) nach der Entlassung. Können wir da wirklich von einem Verdienst der Anstalt um die Heilung sprechen? Unsere Vorgänger haben mit der Coxschen Schaukel und dem Drehbrett, mit Ekelkuren und der Zwangsjacke gearbeitet, haben die Kranken gestraft, wenn sie nicht parierten, haben ihnen Eimer kalten Wassers auf den Kopf gegossen, um den „starren Trotz" zu brechen, haben ihnen die Wahnideen und Halluzinationen wegdisputiert, kurzum, nach unseren Begriffen Fehler über Fehler gemacht und — haben ihre Kranken auch geheilt. Oder war die Prognose damals schlechter als heute, wo wir Wachsaal, Bett und Bad besitzen und kein Arzt mehr Authenriethsche Salbe auf den kranken Schädel schmiert?

Nein, es gelingt uns nicht, Heilung und Anstaltsbehandlung in erkennbare Beziehungen zu setzen. Wir müssen schon auf den Stolz verzichten, es in der Therapie so herrlich weit gebracht zu haben. Da sind Gesetze offenbar im Spiel, die wir nicht kennen, von denen uns aber scheinen will, als hätten sie mit dem Milieu, darin der Kranke sich befindet, recht wenig zu tun. Vielleicht dürfen wir zu unserm Trost ein anderes vermuten: wir wissen nicht recht, ob ein akuter Geisteskranker an seiner anatomischen Gehirnstörung (also abgesehen von interkurrenten Krankheiten und Unglücksfällen) sterben kann. Sollte das zutreffen, so mag vielleicht (vielleicht!) eine gute Anstaltspflege eher lebensrettend wirken als die häusliche Behandlung. Aber häufig werden solche Fälle sicher nicht sein, sonst würden uns die praktischen Aerzte aus ihren Erfahrungen öfter vom Exitus an akuten Psychosen erzählen können. Im allgemeinen dürfen die akuten Geistesstörungen nicht zu den tödlichen Krankheiten gerechnet werden und eine Indicatio vitalis hat die Anstalt bei der Behandlung der Psychosen selbst nur selten zu erfüllen.

Der älteren psychiatrischen Schule war es leichter, an die Heilwirkung der Anstalt zu glauben. Sie unterschied zwischen primären und sekundären Seelenstörungen und nahm an, daß sich aus ungeheilt gebliebenen akuten Psychosen eine sekundäre Demenz entwickeln könne. Bei solcher Auffassung war es nicht so schwer, zu vermuten, daß wohl manchmal auch die mangelhafte Behandlung Schuld an dem traurigen Ausgang trage. Zudem spielte der Glaube an den exogenen Faktor bei der Entstehung der Psychose in der alten Wissenschaft noch eine größere Rolle, als er es jetzt tut. Heute ist manches anders geworden. Die moderne Psychiatrie faßt das Wesen des Krankheitsprozesses einheitlicher auf. Für sie liegt der klinische Verlauf und Ausgang schon in der Diagnose ausgesprochen. Die Krankheit nimmt allemal den Ausgang, den sie nehmen muß, ohne Rücksicht auf die Einflüsse von außen. Die psychotische Entwicklung bringt nichts Neues, sie ist einfach die Auswicklung bereits vorhandener, latenter Keime. Eine akute Amentia genest unter allen Umständen, — die Tendenz zur Heilung macht eben die Eigenart ihres Wesens aus. Bleibt die Krankheit, die man ursprünglich für eine Amentia gehalten, ungeheilt, so ist es eben keine Amentia gewesen, man hat sich in der Diagnose geirrt. Und wo zwei Leiden mit denselben Symptomen beginnen und anfangs sozusagen den gleichen Weg marschieren, um später erst getrennte Pfade einzuschlagen, das eine Mal den zur Genesung, das andere Mal den zur Verblödung (wie

etwa bei der Katatonie), da zögern wir nicht, zu erklären, daß unsere Diagnostik noch zu unvollkommen sei, um gleich zu Beginn die beiden in ihren Symptomen ähnlichen, aber in ihrem Verlauf verschiedenen Prozesse auseinander zu halten. Die Verfeinerung der Diagnose bedeutet so die Verfeinerung der Prognose. Nicht aber kommt es uns bei, zu sagen: diese oder jene Katatonie ist geheilt worden, weil der Kranke bald in günstige äußere Verhältnisse, in die Pflege einer Anstalt kam. In keinem Lehrbuche ist das zu lesen, es widerspricht denn doch zu offenkundig der Erfahrung. Wohl ist auch die Umgebung, das Milieu in weitestem Sinne genommen, von Bedeutung, aber nicht für den Krankheitsverlauf, sondern nur für das Gebahren des Kranken, für die Krankheitssymptome, und selbst hier nur innerhalb eng gesteckter Grenzen, weil auch die beste Behandlung einem Melancholischen nicht seine Versündigungsideen und einem Paranoiker nicht sein erhöhtes Selbstbewußtsein nimmt. Die Therapie kann nichts weiter ausrichten, als dem Kranken Ruhe und Linderung schaffen, ihm und seiner Umgebung das Leiden erträglicher gestalten und ihn vor Gefahren schützen. Was man „verschleppte Fälle" nennt, das sind, wie auch Bleuler (diese Wochenschrift, Band VI, S. 441) hervorhebt, von vornherein chronische Leiden, die infolge mangelhafter Fürsorge häßliche äußere Formen angenommen haben. Ich mag noch so oft die Liste meiner ungeheilten Kranken durchgehen, ich finde niemanden darunter, von dem ich auch nur mit geringer Wahrscheinlichkeit sagen könnte, er wäre bei rechtzeitiger Anstaltspflege zu heilen gewesen. Und doch soll es solcher Fälle „eine große Menge" geben und „jedem Irrenarzte sollen sie bekannt" sein.

Wir kennen die Bedingungen der Genesung nicht. Wir wissen auch nicht, warum das eine Mal die Lösung lytisch, das andere Mal kritisch erfolgt, warum und unter welchen Umständen Remissionen und Intermissionen, Progressionen und Exacerbationen vor sich gehen. Auch hier dürfen wir wohl vermuten, daß bestimmte, uns aber noch unbekannte Gesetzmäßigkeiten dahinter stecken, denen wir nicht beikommen können. Nicht in der Therapie liegt darum unser Heil, es liegt in der Prophylaxe, in der Bekämpfung der drei großen Irrenanstaltslieferanten: des Alkohols, der Syphilis und der ererbten Degeneration. Und hier teile ich nicht den skeptischen Standpunkt, den manche Zweifler vertreten, die da sagen, es sei doch alles nutzlos, denn dies endogene Moment (das psychotische, wie es Fuhrmann nennt) lasse sich nicht ausrotten, weil geistiger Verfall nur die Reversseite geistigen Fortschritts im Kulturleben bilde. Freilich, wir wissen es: Not, Verbrechen, Elend und Krankheit werden aus der Welt nie schwinden, aber wer wollte darum tatenlos daran vorüber gehen! Was in Jahrhunderten sein wird, kümmert uns heute nicht. Jede Generation mag für sich und die nächste Zukunft sorgen, so gut sie es kann und versteht, für spätere Aufgaben wird schon ein späteres Geschlecht bereit sein.

An dem Verlauf der einmal ausgebrochenen Krankheit aber werden wir, so fürchte ich, mit unsrer Therapie für jetzt nichts ändern. Vielleicht, daß neue, glücklichere Zeiten noch einmal ein Serum oder was es sonst sein mag, entdecken, das einst die Therapie in ungeahnte Bahnen lenkt. Was wir bis jetzt in unsern Anstalten leisten, ist Pflegedienst, und wir dürfen zufrieden sein, wenn unser Mühen dem unbekannten Heilprozesse nicht entgegenwirkt. Natura sanat, medicus curat. Zur Zeit steht die Bettruhe im Vordergrunde der Behandlung. Aber wie lange wird sie dauern? Schon jetzt macht sich die Reaktion leise zwar, aber deutlich geltend, und vielleicht ist die Epoche, wo ein Viertel oder ein Drittel unsrer Kranken wochen- oder monatelang im Bett faullenzte, bald vorüber. Dann kommt ein anderes an die Reihe und — geht wieder! Aber mögen die Erscheinungen wechseln, das eine bleibt bestehen: den Irrenanstalten kann ihr schönes Recht niemals genommen werden, ein Zufluchtsort und Heim für unglückliche Menschen zu sein. Und der Dienst an solcher Stätte bringt uns hohe Aufgaben genug!

Ich selbst, ich gestehe es, habe einst wohl da und dort gegen die Angehörigen meiner Kranken mit hartem Wort gesündigt: hätten Sie Ihren Sohn oder Gatten der Anstalt früher zugeführt, so wäre Heilung noch zu hoffen gewesen! Das war falsch und darum doppelt grausam, — ein Fehler der Erkenntnis zwar und nicht des Willens, aber darum nicht entschuldbar. Wie ist es doch: wir handeln unrecht nie mit solcher Ruhe, als wenn wir es aus falschem Prinzipe tun!

Über einen mit einseitiger Mikrophthalmie verbundenen Fall von angeborener Facialis-Paralyse.

Von *Dr. Robert*, Arzt in Crefeld.
Nach einem im Crefelder Ärzte-Verein gehaltenen Vortrage.

Meine Herren!

Einseitige Mikrophthalmie ist eine verhältnismäßig, angeborene Facialis-Paralyse eine außergewöhnlich seltene Erscheinung; eine Kombination beider finde ich, soweit mir die Literatur zur Verfügung steht, bisher noch nicht beschrieben. Ich kann Ihnen heute einen solchen Fall vorstellen.

Johanna S., am 7. 12. 06 als Kind eines Fabrikarbeiters geboren, ist das fünfte ihrer Eltern. Zwei Kinder leben noch und sind vollständig gesund; eins starb an Brechdurchfall, ein anderes an Keuchhusten; eins war eine Totgeburt. Der Vater will immer gesund, die Mutter stets etwas anämisch gewesen sein. Syphilis wird geleugnet, leichter Alkoholismus beim Vater zugegeben. Die Schwangerschaft verlief normal, ohne alle Zwischenfälle; die Geburt erfolgte spontan, ohne jede Hilfe. Bald nach der Entbindung fiel der Mutter auf, daß der linke Augapfel des Kindes viel kleiner sei, als der rechte; ferner, „daß die linke Gesichtshälfte immer stehen und das linke Auge immer offen bleibe; beim Weinen werde das Gesichtchen rechts verzogen, ohne daß dieses Auge träne, während die Tränen langsam aus dem linken Auge rollten, das aber selbst unverändert bleibe; das Kind sei sonst gesund, nur klinge die Stimme etwas matt, auch wenn es heftig schreien wolle."



Abb. 1.

Bei der Untersuchung der jetzt halbjährigen Patientin findet sich an dem sonst gesund erscheinenden und normal entwickelten Kinde, das keinerlei Spuren hereditärer Syphilis zeigt, eine sehr deutliche Verkleinerung des linken, im übrigen äußerlich anscheinend normal entwickelten Augapfels; bei der ophthalmoskopischen Untersuchung, die Herr Augenarzt Dr. Scheffels vornahm, wurde aber ein Kolobom des Sehnerven, der Retina und der Chorioidea nach unten entdeckt. Es besteht ferner ein leichter Nystagmus horizontalis, während Augenmuskelstörungen sonst fehlen. Das rechte, anscheinend gesunde und normal große Auge zeigt die gleiche Kolobom-Bildung. Das linke Auge kann nur halb geschlossen werden, beim Lächeln verzieht sich das Gesichtchen nur rechts, beim Weinen weint nur die rechte, nicht die linke Seite; Tränen werden aber auffallenderweise auf der gesunden Seite nur in ganz geringem Maße sezerniert, während aus der leicht geöffneten Lidspalte der gelähmten Seite die Tränenflüssigkeit gleichmäßig langsam herabroll, nicht der Stärke des Weinens entsprechend in wechselndem Maße. Die Stirne wird nur rechts gerunzelt. Störungen der nasalen Sekretion infolge Nichtabflusses der Tränen in die Nase sind bei der großen Jugend des Kindes noch nicht beobachtet. Das Gaumensegel wird beiderseits gleich gut gehoben. Wie es scheint, bestehen nirgends Sensibilitätsstörungen; Blase und Mastdarm sind auch wohl frei; irgend eine Atrophie läßt sich nicht nachweisen. Die elektrische Untersuchung des Facialis und der entsprechenden Muskeln zeigt das Aufgehobensein jeder Erregbarkeit sowohl bei galvanischem wie faradischem Strome. Es handelt sich also um eine angeborene periphere Facialis-Lähmung mit erloschener elektrischer Erregbarkeit, verbunden mit einer einseitigen Mikrophthalmie und doppelseitiger Hemmungsbildung der inneren Augenhäute und der Sehnerven, in anderen Worten um die Lähmung eines einzelnen Hirnnerven zugleich mit der Verkümmerung eines Sinnes-Organes.

Auffallend ist in erster Linie das Verhalten der Tränensekretion, denn sonst pflegt bei Facialis-

Lähmungen die — vom Facialis ja innervierte — Tränendrüse nicht zu sezernieren.

Die angeborene isolierte Facialis-Lähmung ist so selten, daß Möbius in seiner Monographie „über den infantilen Kernschwund", Münchener med. Abhandlung 1892, Heft 4, Seite 18 sagt, man könne sich fragen, ob es nicht auch Fälle gäbe, in denen nur Facialis-Lähmung bestehe oder etwa Facialis-Lähmung verbunden mit einer anderen Hirnnerven-Lähmung, oder etwa nur Hypoglossus-Lähmung; er wolle die Möglichkeit durchaus nicht bestreiten, es sei ihm aber bisher nicht gelungen, zum Beispiele geeignete Beobachtungen aufzufinden. Fr. Schulze hat jedoch später (Neurolog. Zentralblatt Nr. 14, 1892) den — wie es scheint — bis jetzt einzigen Fall von angeborener Facialis-Lähmung ohne Beteiligung



Abb. 2, lächelnd.

anderer Hirnnerven beschrieben. Auch in unserem Falle ist kein anderer Hirnnerv affiziert, wohl aber ist ein Sinnesorgan in Mitleidenschaft gezogen, ein Zusammentreffen, das M. nicht hat feststellen können, denn er erwähnt wohl Seite 9 seiner Monographie einen Fall von angeborener Ophthalmoplegia exterior mit Facialis-Lähmung, den er aber selber in Bezug auf die Facialis-Lähmung für zweifelhaft ansieht, sowie Seite 10 fünf Fälle von angeborener doppelseitiger Abducens-Facialis-Lähmung, spricht aber nicht von einer isolierten Facialis-Lähmung, die mit Störungen im Gebiete des inneren Auges einhergeht. Als pathologisches Substrat für derartige Lähmungen betrachtet Möbius einen infantilen Kernschwund, eine Entwicklungshemmung der grauen Gehirnkerne, für die er den Alkoholismus der Eltern verantwortlich machen möchte, den auch Schultze in seinem „Lehrbuch der Nervenkrankheiten" Seite 18 insofern heranzieht, als „man dabei in erster Linie an stark alkoholische Mütter denken müßte". Bei der Mutter des demonstrierten Kindes kann aber von einer derartigen Ätiologie keine Rede sein.

Schwer zu entscheiden ist die Frage, ob dieser Kernschwund primär oder sekundär ist, da, wie Schultze am Ende der oben erwähnten Abhandlung über die angeborene isolierte Facialis-Paralyse ausführt, „nach dem bekannten Guddenschen Gesetze auch nach Destruktion der peripherischen Nerven im frühesten Lebensalter eine starke Involution der zugehörigen Kerne erfolgt."

Vielleicht gibt uns der zweite hervorstechende Befund, die einseitige Mikrophthalmie, eine Andeutung zur Lösung dieser Frage, wenigstens soweit unser Fall in Betracht kommt. Es ist nämlich wohl anzunehmen,



Abb. 3, weinend.

daß dieselbe Schädigung, welche die Mikrophthalmie erzeugt hat, auch eine Rolle bei der Entstehung der Facialis-Paralyse spielte; ist diese als eine primäre zu betrachten, so wird man auch die Kernlähmung als eine solche anzusehen haben. Es sei mir daher gestattet, hinterher die bemerkenswertesten Theorien über die Entstehung der Mikrophthalmien wiederzugeben, zumal unser Fall nicht allein in neurologischer, sondern auch in ophthalmologischer Hinsicht bemerkenswert ist.

Es handelt sich bei ihm — wie gesagt — um eine einseitige, nicht doppelseitige Mikrophthalmie. Vossius sagt in seinem „Lehrbuch der

Augenkrankheiten", Seite 225, daß sie fast immer beiderseitig zu beobachten sei. Als pathologische Grundlage, meint er, könne eine verminderte Bildungsenergie als Veranlassung vorliegen; in diesem Falle bestehe ein relativ gutes Sehvermögen und sonst keine Anomalie am Auge. Da bei dem demonstrierten Kinde sich auf beiden Augen Kolobome der inneren Augenhäute und der Sehnerven, und zwar rechts im normal großen Auge, in ausgedehnterem Maße als links im Mikrophthalmus finden, käme diese Ätiologie nicht in Betracht; wir müßten mehr an eine Hemmungsbildung denken, die Vossius, Seite 226, auch als ätiologisches Moment für die Entstehung der Mikrophthalmie angibt. Im Gegensatz zu ihm schreibt Michel in seinem „Lehrbuch der Augenheilkunde", 2. Auflage, Seite 421, nachdem er ebenfalls erwähnt hat, daß der Mikrophthalmus fast immer auf beiden Augen vorkäme, „regelmäßig sind diese oder jene Komplikationen anzutreffen; als solche seien anzuführen Hornhauttrübungen, Linsenschrumpfungen, Kolobom-Bildung usw.", betont also in erster Linie die Hemmungsbildungen, indem er sagt, es sei am wahrscheinlichsten, „daß diese Zustände in der weitaus größten Zahl der Fälle in Verbindung stehen mit Störungen in demjenigen Entwicklungsstadium des Auges, in dem die Schließung der fötalen Augenspalte erfolge.

Heß erwähnt in Graefes Archiv, 34. Bd., S. 186, daß Kundrat (Wiener medizinische Blätter 1885, 51, 52) der Meinung sei, daß „die Mikrophthalmie keine einfache Mißbildung des Auges, sondern in den meisten Fällen durch eine Entwicklungshemmung des Kleinhirns bedingt sei." Demgegenüber spräche sich Arlt dahin aus, daß der Mikrophthalmus durch einen verspäteten, unvollständig oder gar nicht zustande gekommenen Verschluß der fötalen Augenspalte entstehe. Daß in unserem Falle die Theorie Deutschmanns (Klinisch. Monatsblatt 1880, Seite 507), als Ursache für den Mikrophthalmus liege eine embryonale Entzündung, eine Sclero-Choreoditis zu Grunde, nicht zutrifft, läßt sich daraus schließen, daß für vorausgegangene entzündliche Vorgänge sich positive Anhaltspunkte im Augeninnern nicht feststellen lassen. Ähnliche Ansichten wie Deutschmann äußert de Vries. Er fand in einem von ihm genau pathologisch-anatomisch untersuchten Falle: „über eine Mißbildung des menschlichen Auges", Graefes Archiv, 57. Band, Seite 565, „Eigentümlichkeiten, welche deutlich dafür sprächen, daß während der Entwickelung des Auges eine vorübergehende Störung in der Entwickelung stattgefunden habe, welche man am einfachsten und für den Arzt am klarsten durch eine vorübergehende Krankheit erkläre", also keine eigentliche Entwicklungshemmung infolge mangelnder Wachstumsenergie.

Alle diese Theorien weisen auf eine zentral-primäre Läsion als Ursache des Mikrophthasmus hin; ich muß aber hinzufügen, daß Hippel in Graefes Archiv Band 47, Seite 231, einen Teil der Mikrophthalmien auf Infektion, also auf eine periphere Schädigung, welche die Vernichtung der zugehörigen Kerne und Organe zur Folge haben kann, zurückführt. Er fand Eiter oder eine eitrige Flüssigkeit im Konjunktivalsacke bei Fällen von Anophthalmus und Mikrophthalmus, dabei aber stets Veränderungen der Hornhaut und Gefäßneubildungen, die in unserem Falle vollständig fehlen. Für uns Krefelder ist noch interessant, daß Perlia, „Beitrag zur Vererbungslehre bei Augenleiden", Klin. Monatsblatt 1887, Seite 197, bei einem Falle von einseitigem Anophthalmus — der Anophthalmus ist ja nur graduell vom Mikrophthalmus verschieden — während der Schwangerschaft erworbene Augenverstümmelung der Mutter für die Anomalie verantwortlich macht, eine Annahme, die Hippel (l. c.) nicht teilt. Eine einheitliche Theorie für die Entstehung der Mikrophthalmie kann mithin nicht festgestellt werden.

Nerven-Kernschwund und Entwicklungsstörung eines Sinnesorganes sind in unserem Falle meines Erachtens als primär verursacht anzusehen, denn ein und dieselbe Schädigung hat sie sicher hervorgerufen und diese ist nicht peripherer Natur gewesen, weil wir sonst Beschädigungen des äußeren Auges in irgend einer Form erwarten müßten, wenn wir sie auch an den peripheren Nervenenden nicht nachweisen könnten. Zum Schlusse habe ich noch eine Besonderheit unseres Falles zu erwähnen, nämlich, daß beide Orbitae gleich groß sind. Becker erwähnt in Graefes Archiv, 34. Band, Seite 107, nur einen Fall könne er in der Literatur finden, wo bei Mikrophthalmus beide Orbitae gleich groß gewesen waren. Wie aus den gezeigten Photogrammen hervorgeht, sind in unserem Falle beide Orbitae von gleicher Größe.

Referate.

— Dr. M. Hirschfeld: Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität. VII. Jahrgang, Band I u. II. Berlin 1905. Spohr.

Der vorliegende Jahrgang enthält ein reiches Material verschiedenartigster Arbeiten, die für den Arzt nicht alle das gleiche Interesse beanspruchen können. Die erbliche Belastung bei Uraniern, Geistesgesunden und Geisteskranken wird von Römer besprochen; er kommt zu dem Resultat, daß in uranischen Familien die Belastung nicht größer ist als bei den anderen, es kommt bei ihnen Carcinom häufiger, Tuberkulose hingegen seltener vor.

B. Friedländer versucht auf Grund der japanischen Kriegserfolge nachzuweisen, daß die kriegerische Tüchtigkeit eines Volkes durch die Freigabe des homosexuellen Verkehrs nicht geschädigt wird. Am Schlusse des ersten Bandes findet sich eine Zusammenstellung der Literatur über den Hermaphroditismus von Neugebauer. Der zweite Band enthält einen Jahresbericht des Herausgebers und eine Bibliographie der Homosexualität von Praetorius, letztere ist meist ausführlich und kritisch referiert.

— Dasselbe Jahrbuch: Band VIII. 1906.

Die erste Arbeit stammt von M. Hirschfeld. Sie handelt vom Wesen der Liebe mit besonderer Berücksichtigung ihrer homosexuellen Abart. Auf Grund zahlreicher Mitteilungen von den verschiedensten Personen erörtert H. die endlosen Varietäten des geschlechtlichen Empfindens. Er fordert unbedingte Freiheit für alle Formen des Liebeslebens, der Staat habe kein Recht, sich um diese allerpersönlichsten Verhältnisse zu kümmern. „Die Ärzte werden die Richter der Zukunft sein". Neben zahlreichen kleineren Mitteilungen literarischen und historisch-kritischen Inhalts finden wir einen Beitrag von Naecke: „Psychiatrische Erfahrungen als Stütze für die Lehre von der bisexuellen Anlage des Menschen". Auch dieser Band enthält die Literaturzusammenstellungen von Neugebauer und Praetorius und den Jahresbericht vom Herausgeber.

Es braucht wohl kaum noch besonders darauf hingewiesen zu werden, daß die Ausstattung der Jahrbücher fast luxuriös genannt werden darf. Die beigefügten zahlreichen Abbildungen sind vorzüglich, der Druck tadellos. Voss-Greifswald.

— Ernst Schultze: Weitere psychiatrische Beobachtungen an Militärgefangenen, mit klinischen, kriminalpsychologischen und praktischen Ergebnissen aus dem Gesamtmaterial von 100 Fällen. Jena 1907. G. Fischer. 133 S. Preis 3,00 Mk.

In der vorliegenden Arbeit bringt Schultze seine psychiatrischen Studien über Militärgefangene zum Abschluß, nachdem sein Material sich inzwischen auf 100 Fälle vermehrt hat. Die Fälle stammen sämtlich aus dem Kölner Festungsgefängnis; die erste Serie hat Schultze in der Anstalt Andernach, die zweite in Bonn beobachtet.

Ähnlich wie in der früheren Arbeit (cf. psych.-neurol. Wochenschrift 1904, pag. 10) werden in besonderen Kapiteln das manisch-depressive Irresein, der Schwachsinn, die Dementia praecox, die Epilepsie und die Hysterie besprochen. Bei den Manisch-depressiven handelte es sich meist um Depressionszustände, nur einer hatte ausgesprochen manische Zustände. Die Schwachsinnigen wurden, um vergleichbare Resultate zu gewinnen, nach dem gleichen Schema untersucht wie die früheren Fälle; das Kapitel enthält bemerkenswerte Ausführungen über die Methodik der Intelligenzprüfung. Einige der zur Dementia praecox gehörigen Fälle geben Anlaß zur Erörterung der Differentialdiagnose gegen Hysterie. Epilepsie und Hysterie waren in besonders großer Zahl vertreten und finden eingehende Besprechung. In einem weiteren Kapitel werden dann noch vier Einzelfälle besprochen: ein Neurastheniker, ein an pathologischen Affektzuständen Leidender, ein originär Verschrobener und ein Degenerierter.

Das Schlußkapitel, welches zunächst eine erhebliche Zunahme der Überweisungen aus Militärstrafanstalten in Irrenanstalten konstatiert, erörtert ausführlich die klinischen und kriminalpsychologischen Ergebnisse der ganzen Beobachtungsweise, und bringt schließlich eine Menge von Anregungen für die militärärztliche und militärgerichtliche Praxis, die leider in einem kurzen Referat nicht wiedergegeben werden können, sondern im Original gelesen werden müssen.

Die in der früheren Arbeit gegebenen Anregungen sind, wie Schultze mitteilt, zum Teil von den zuständigen Stellen bereits acceptiert worden; man darf also hoffen, daß auch diese neuen bald Anerkennung und Verwirklichung finden. Unser Heereswesen kann nur Vorteil daran haben, wenn solche ungeeignete Elemente dem Militärdienst ganz ferngehalten werden. Dieses praktische Interesse harmoniert also mit der ärztlichen Forderung, zweifellos kranke Individuen vor unzweckmäßiger Behandlung zu bewahren. Das Bestreben der modernen Psychiatrie, möglichst überall die alte formalistische Denkweise durch eine psychologische zu ersetzen, hat sich somit aufs beste bewährt; und es ist im wesentlichen Schultzes Verdienst, ihr dieses neue Gebiet erschlossen zu haben. Deiters.

— K. Wachtelborn: §§ 175 und 218 des St. G. B. Geschlechtliche Verirrungen der Gegenwart. Ein aufklärendes Wort an deutsche Frauen u. Männer. Berlin 1906. W. Pilz.

Gut gemeinte, durch keinerlei Spezialkenntnisse beeinflußte Jeremiade eines typischen deutschen Philisters gegen Homosexualität, Empfängnis verhütende Mittel, Fruchtabtreibung und „Reformehe". O. Ranke-Wiesloch.

— Kurt Bieling: Der Alkohol und der Alkoholismus. („Der Arzt als Erzieher", Heft 23.) München 1906. Verlag der ärztlichen Rundschau.

Eine mit warmer Hingebung und ausgebreiteten Kenntnissen geschriebene Kampfschrift gegen den Völkerfeind Alkohol. Den verbreiteten Irrtümern,

der durch Alkoholika zu gewinnenden „Erwärmung", „Kräftigung", „psychischen Erregung", sowie des „Nährwertes" alkoholischer Getränke, wird energisch zu Leibe gerückt, über die besonders actuellen Fragen der Schädigung durch Alkoholgenuß bei Sport- und Heeresleistungen, besonders im Tropendienste, im Anschluß an andere Autoren eingehend referiert, erste, in England und der Schweiz gemachte Versuche, den Schädigungen durch Alkoholismus bei Lebensversicherung und Unfallgesetzgebung Rechnung zu tragen, werden rühmlich hervorgehoben, die Beziehungen zwischen Alkoholismus und kriminellen Handlungen, sowie Rassendegeneration, an der Hand neuerer statistischer Arbeiten besprochen; in einem Schlußkapitel wird auf die großen Aufgaben, welche gerade den Ärzten — und unter ihnen wieder besonders den Irrenärzten — im Kampfe gegen den Alkohol zufallen, und auf ihre noch weit verbreitete Vernachlässigung hingewiesen. Die einzige rationelle Bekämpfung des Alkoholismus findet Verf. in der Abstinenzbewegung, über deren Vereinigungen innerhalb Deutschlands er eine kurze Statistik beifügt.

O. Ranke-Wiesloch.

— Wissenschaftliche Beilage zum 18. Jahresbericht (1905) der Philosophischen Gesellschaft an der Universität zu Wien. Leipzig 1905. Verlag von Joh. Ambrosius Barth.

Das Heft enthält fünf Vorträge. Der 1.: „Die stoische Lehre vom Fatum und der Willensfreiheit" (H. v. Arnim) betitelt, erbringt den Nachweis, daß diese Lehre, die durch ihren strengen Determinismus, nach der Meinung ihrer Gegner, den Menschen zur willenlosen Ergebung in das Verhängnis nötigt, vielmehr in der Verherrlichung freudiger Tätigkeit und des Ideals innerer Freiheit gipfelt.

Im 2. Vortrag: „Die energetische Theorie des Glücks" macht uns W. Ostwald mit einer von ihm gefundenen Formel bekannt, die folgendermaßen lautet: $G = (E + W) \times (E - W) = E^2 - W^2$; wobei G = Glück, E = die willensgemäß betätigte Energiemenge, W = die widerwillig betätigte Energiemenge ist. Die Formel hat nach Ostwalds eigner, an sich erprobter Erfahrung praktische Bedeutung.

Ein Mensch ist um so glücklicher, je größer beide Faktoren (E + W), sowie (E — W) sind; ist dies nicht zu erreichen, muß man suchen, mindestens einen der beiden Faktoren so groß als möglich zu machen. Daraus ergeben sich entsprechende Glückstypen. Ist (E + W) sehr groß, so resultiert daraus „das Heldenglück"; vergleiche Alexander von Macedonien, Napoleon I.

Aber auch bei normaler Gefühlsbeanlagung ist nicht zu leugnen, daß das Leben, namentlich, soweit es von andern Personen abhängig ist, sehr mannigfache und beträchtliche Widerstände mit sich bringt.

Wie kann man diese vermeiden? Durch zweierlei. I. Durch Geld; II. dadurch, daß man sich in solche Lebensverhältnisse begibt, in denen Widerstände möglichst wenig auftreten. Dies ist „das Glück in der Hütte" oder „das Glück der Zufriedenheit und Bescheidenheit". Dieses genießt der in der Stille wirkende Philosoph, der Forscher u. s. f. Hier ist E oft ziemlich groß; wird es geringer, so gelangen wir zu dem Menschen, der ohne das Bedürfnis hervorragender Leistung in dem Betriebe seines Berufes und im Leben mit seiner Familie Befriedigung findet. Das äußerste Maß der Befreiung von allen Widerständen erreicht der Stoiker, der Einsiedler. Im Anschluß hieran spricht Verf. über den Einfluß der Mitmenschen auf das Glück anderer.

Die in der Formel vorkommenden Größen sind nicht nach ihrem absoluten Wert zu messen, sondern nach dem Anteil, der von ihnen empfunden wird; so kann ein und derselbe objektive Zustand dem einen Glück, dem andern schweres Unglück dünken. Der Weg zum Glück liegt also in der Steigerung der Empfindung für E und in einer Verminderung für W. In dieser Beziehung spielt die Religion, die Philosophie als Lebenseinheit eine große Rolle.

Endlich lassen sich die Widerstandsempfindungen vorübergehend durch Narcotica ausschalten (Alkohol, Äther, Haschisch, Opium etc.).

Der 3. Vortrag enthielt eine kritische Beleuchtung des Systems Schopenhauers durch Boltzmann, die nicht besonders günstig für Sch. ausfällt. — „Menschen- und Tiergehirn" betitelt Dr. Benedikt einen weiteren Vortrag. Verf. hat zahlreiche vergleichende hirnanatomische Studien gemacht, deren Einzelheiten im Original nachzulesen sind. Auf Grund seiner Untersuchungen kommt er zu dem interessanten Resultat, daß der Typus als äußeres Bild wohl das Produkt von Spezialorganisationen gibt, aber an und für sich für den Adel der Gruppen nichts aussagt. Dabei weist er auf die Oberfläche des Moufflongehirns hin, das den komplettesten, alle Typen darstellenden Bau hat.

Der 5. Vortrag von Dr. Carl Sigel beschäftigt sich mit Raumvorstellung und Raumbegriff.

Heinicke-Waldheim.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 22. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien.) Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Kierling-Gugging (Österreich). Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft in Stärke von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark

Kgl. Heilanstalt Weinsberg
(württemberg. Staatsirrenanstalt, neuerbaut, 500 Kranke, 2 Oberärzte, 3 Assistenzärzte).

Eine

Assistenzarztstelle

ist **erledigt** und kann sofort besetzt werden.

Anfangsgehalt 1800 M. neben freier Station I. Klasse (auf Wunsch statt geistiger Getränke 200 M. Entschädigung).

Bewerbungen nimmt entgegen die **Direktion.**

An der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Osnabrück ist die Stelle einer

Hilfsoberwärterin

zum 1. Oktober d. Js. zu besetzen. Das Gehalt beträgt neben freier Station II. Klasse 600 M. steigend zweijährlich um 50 M. bis 900 M. Nach 10jähriger Dienstzeit Pensionsberechtigung.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnissen an die Direktion.

An der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Weilmünster (Reg.-Bez. Wiesbaden) ist zum 1. Oktober 07 die Stelle eines

Assistenz-Arztes

zu besetzen.

Anfangsgehalt 1600 M. (mit Genehmigung des Landesausschusses Anstellung mit dem Gehalte der II. Stufe 1900 M.) nach 3 Jahren 2200 M., nach weiteren 3 Jahren 2400 M. neben freier Station (Wohnung, Verpflegung, Heizung, Licht, Wäsche etc.).

Da der Bau einer dritten großen Anstalt beabsichtigt ist, sind die Aussichten auf Beförderung zum Oberarzt nicht ungünstig.

Bewerbungen mit Approbation an die **Direktion.**

Zum 1. Oktober cr:

Assistenzarzt

gesucht **für Privatirrenanstalt.** Anfangsgehalt bei freier Station 150 M. bezw. 200 M. bei psychiatrischer Vorbildung.

Sanitätsrat Dr. Edel,
Charlottenburg, Berlinerstraße 17.

Verlagsbuchhandlung **Carl Marhold** in **Halle a. S.**

Religionshygiene.

Von
Oberarzt Dr. med. **Joh. Bresler.**
Preis Mk. 1,—.

Dormiol

Billiges, prompt wirkendes **Schlafmittel** in Dosen von 0,5 — 3,0 gr. Gut bekömmlich, **keine Nebenwirkungen** beobachtet. Dem **Chloralhydrat** an **Wirkung gleich ohne dessen Nachteile.**

Dormiol-Kapseln zu 0,5 gr.

Crurin	**Bismutose**	**Orexin**
Streupulver. Antisepticum und Adstringens zum äusserl. Gebrauch.	bewährtes Adstringens und Protectivum	echtes Stomachicum **Orexin-Tabletten** und **Orexin-Chocol.-Tabletten.**

Litteratur durch: **Kalle & Co. A.-G., Biebrich a. Rh.**

An der Königlich Sächsischen Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke zu Hubertusburg bei Wermsdorf ist die Stelle **eines**

Hilfsarztes

alsbald zu besetzen. Jahresgehalt 2400 M. Keine Nebenbezüge. Dauernde Anstellung im Staatsdienste bald erreichbar. Psychiatrische Vorbildung wird nicht erfordert. Bewerbungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion der Anstalt einzusenden.

Dr. Warda, früher I. Assistenzarzt von Herrn Geheimrat Professor Dr. Binswanger in Jena, empfiehlt seine Heilanstalt für Nervenkranke

Villa Emilia

zu **Blankenburg** im Schwarzatal (Thüringen). Die Anstalt ist durch einen schönen und zweckmäßigen Neubau vergrößert und das ganze Jahr geöffnet. 987

Hartglasplatten

zur Verglasung von

Unruhigen- und Tobzellen,
sowie für **Beobachtungsfenster**
infolge ihrer **grossen Widerstandsfähigkeit**
unbedingt zuverlässig,
bei vielen Anstalten seit langen Jahren im Gebrauche,
liefert **unter Garantie** billigst

Curt Zieger, Hartglasfabrik, **Dresden-A. 18.**

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke
Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522
Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 22. 24. August 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zur Kostfrage in den Irrenanstalten.

Von Dr. *F. Utz*, IV. Arzt der Kreisirrenanstalt Ansbach.

In den wenigen mir zugänglichen Arbeiten, die sich speziell mit der Kostfrage in den Anstalten für Geisteskranke befassen, z. B. in den Abhandlungen von Albrand*), Gellhorn**), Nötel***), ist, wenn wir von der Abstufung der Kost nach drei oder vier Verpflegsklassen entsprechend der pekuniären Leistungsfähigkeit des Einzelnen absehen, im allgemeinen kein Unterschied in der Verköstigung der verschiedenen Kategorien von Kranken gemacht; es wird nur für die körperlich kranken Irren, vor allem die Fiebernden und Magenleidenden, eine entsprechende Krankenkost verlangt, im übrigen aber für alle gleichmäßig eine schmackhafte, ausreichende und abwechselungsreiche Kost gefordert, wie sie für einen gesunden, mittleren Arbeiter entsprechend ist.

Meines Erachtens genügt aber diese Unterscheidung in körperlich gesunde und körperliche kranke Irre den Forderungen, die wir an die Verpflegung in unseren Anstalten stellen müssen, keineswegs. Die ersteren zerfallen nämlich ihrerseits wieder in zwei bezüglich der Verköstigung durchaus zu trennende Gruppen: in die keiner eigentlichen Behandlung mehr bedürftigen, chronischen, meist arbeitsfähigen Kranken und in die therapeutisch beeinflußbaren, in Bett- und Badebehandlung befindlichen Insassen unserer Wachstationen. Während jene in der Kostfrage, wenigstens zum größten Teil, dem gesunden Arbeiter vergleichbar sind und wie ein solcher ernährt werden können, bedürfen diese, die Melancholiker und Maniaci, die Stuporösen, Deliranten, Erschöpften usw. genau wie jeder körperlich Schwerkranke einer besonderen Krankenkost, welche möglichst leicht verdaulich ist, den Magendarmkanal so wenig als möglich belastet und die Nahrungstoffe in so konzentrierter Form zuführt, daß auch die teilweise abstinierenden Kranken noch einigermaßen im Stickstoffgleichgewicht bleiben. Daß Backsteinkäse und Heringe da nicht am Platze sind, liegt auf der Hand.

Aber nicht nur aus rein ärztlichen Erwägungen, auch aus äußerlichen, praktischen Gründen soll die Kost unserer Frisch- und Schwerkranken anders beschaffen sein als die allgemeine Kost. Da die Kranken unserer Wachsäle — und diese kommen ja in der Hauptsache hier in Betracht — aus Sicherheitsgründen weder Messer noch Gabel erhalten, müssen alle Gerichte eine zum Essen mit dem Löffel geeignete Form haben. Das nächstliegende wäre nun, einfach die betreffenden Bestandteile der gewöhnlichen Kost, z. B. das Fleisch, den Braten, die Kartoffeln vor der Abgabe an die Kranken zu zerkleinern. Dies ist aber nicht nur der Appetitlichkeit der Speisen sehr abträglich, ein bei unseren Kranken sehr wichtiges Moment, sondern auch kaum befriedigend durchführbar. Ein vorheriges Zerkleinern in der allgemeinen Küche geht, wenigstens im Massenbetriebe unserer großen Anstalten, nicht gut an und das Vorschneiden durch das Pflegpersonal ist, abgesehen von anderen Bedenken, so zeitraubend, daß die Speisen vor dem Genusse schon kalt werden. Zu alledem kommt noch, daß die gewöhnliche Kost meist so beschaffen ist, daß ein Zusammenmischen der vorgeschnittenen Speisen nicht umgangen werden könnte, wenn sie z. B. mittags aus Fleisch, Gemüse und Kartoffeln besteht. Ein solches Zusammenmischen in einer einzigen Schüssel empfindet aber jeder Kranke, auch der niedersten Volksschichten, unangenehm, wenn er überhaupt noch mit Appetit zu essen imstande ist. Schon Gellhorn*) warnt bei der Forderung der schmackhaften Zubereitung vor dem Zusammenkochen und

*) Die Kostordnung an Heil- und Pflegeanstalten, Leipzig 1903.
**) Allg. Z. f. Psych. Bd. 36, S. 687.
***) Ebenda, Bd. 37, S. 526.

*) Allg. Z. f. Psych. Bd. 36, S. 689.

auch Rubner vertritt in Leydens Handbuch der Ernährungstherapie diesen Standpunkt, indem er (Bd. I S. 146) ausführt: „Jede Speise soll für sich dargereicht und es dem Konsumenten überlassen werden, wie er sich nach seinem Geschmacke die einzelnen Komponenten ..... mischen und genießen will. . . . Auch das äußere Ansehen der Speisen ist von Bedeutung. . . .“

Ich zweifle nicht, daß die erwähnten Unterscheidungen in der Ernährung unserer Kranken vielerorts, vielleicht sogar allenthalben gemacht werden. Da ich aber über die Art und Weise, wie denselben in praxi, vor allem im Massenbetriebe unserer Kreis- (Provinzial-) Anstalten Rechnung getragen wird, in der mir zur Verfügung stehenden Literatur, auch in den Anstaltsjahresberichten, keinerlei Angaben fand, glaube ich, daß die Mitteilung, wie wir die Frage an der hiesigen neuerbauten Anstalt zu lösen versuchten, nicht ganz ohne Interesse für die Praktiker unter den Fachkollegen ist.

Wir stellten uns zunächst für unser Vorgehen folgende Leitsätze auf:

1. Die Extrakost kann nur für einen verhältnismäßig kleinen Teil aller Kranken in Betracht kommen, da sie notwendigerweise teurer ist als die Kost der letzten Verpflegungsklasse.

2. Alle Gerichte müssen eine zum Essen mit dem Löffel geeignete Form haben und so gewählt bezw. angerichtet werden, daß die Kranken sich dieselben nach eigenem Gutdünken mischen können.

3. Die Kost muß möglichst abwechselungsreich und appetitanregend, dabei leicht verdaulich und bekömmlich sein.

4. Sie muß Eiweiß, Fett und Kohlehydrate in einer Menge aufweisen, daß ein bettlägeriger ruhiger Kranker damit überernährt werden kann.

5. Sie darf an den Küchenbetrieb keine allzu hohen Anforderungen stellen und (im Interesse einer ausgedehnten Verwendbarkeit) den Verpflegssatz der letzten Klasse nicht allzusehr übersteigen.

Bei dem Versuche, eine allen diesen, nach den obigen Ausführungen wohl ohne weiteres verständlichen Bedingungen vollkommen gerecht werdende Kostform zu finden, ergaben sich jedoch mancherlei Schwierigkeiten und es stellte sich bald heraus, daß es sich überhaupt nur um ein möglichst günstigstes Kompromiß zwischen den einzelnen Forderungen handeln kann. Vor allem hat die Bedingung der löffelgerechten Form aller Speisen die unerwünschte und besonders dem Verlangen nach größtmöglicher Abwechselung sehr abträgliche Folge, daß das Fleisch fast vollkommen aus dem Küchenzettel ausgeschaltet werden muß. Die etwa in Frage kommenden Zubereitungsarten sind entweder für den Massenbetrieb zu teuer oder zu umständlich oder aus ärztlichen Gründen für unseren Zweck nicht brauchbar, z. B. die saueren Gerichte von Leber und Lunge. Am ersten läßt sich Fleisch noch als Haché oder sogen. Hackbraten geben, der so weich ist, daß er bequem mit dem Löffel zerteilt werden kann, oder in der Suppe in der Form von Leberspätzeln u. ä.

Diese Einschränkung des Fleisches ist umso mißlicher, als dasselbe nicht nur für sich selbst einen Hauptfaktor bei der Variierung der Kost darstellt, sondern auch einen teilweisen Wegfall der nur zum Fleisch beliebten, aber sehr nützlichen Zuspeisen, vor allem der Gemüse, nach sich zieht. Andererseits bewirkt jedoch die dadurch notwendige starke Bevorzugung der Mehlspeisen und Breigerichte eine von manchen Autoren direkt angestrebte Verschiebung der Zusammensetzung der Nahrung im Sinne einer Steigerung des Gehaltes an Kohlehydraten.

Hoffmann*) tritt entschieden hierfür ein und bezeichnet die kohlehydratreiche Diätform geradezu als die „Diät der Neurastheniker, der akuten Gehirn- und Rückenmarkskranken, sowie der Neuritiker“.

Unter möglichster Berücksichtigung der übrigen oben aufgezählten Punkte gelangten wir zu folgendem Speisezettel:

morgens: $^1/_2$ l Milch nebst Milchbrot, event. dieselbe Menge dünnen Milchkaffees;
mittags: Suppe mit Einlagen, analog den höheren Verpflegsklassen.
Mehlspeise oder Brei in möglichst großer Abwechselung mit Kompott oder Gemüse;
abends: $^1/_2$ l Milchkakao nebst Milchbrot, event. nur Milch.

Zwischenmahlzeiten werden nur bei besonderer Indikation gegeben und in diesem Falle vormittags und nachmittags weiche Eier, Butterbrot, kleingeschnittener Schinken oder ähnliches gereicht.

Abgesehen von einer gewissen Monotonie erfüllt diese Kost die aufgestellten Bedingungen. Sie ist nicht wesentlich teurer als die hier übliche Verpflegung III. Klasse, stellt an den Küchenbetrieb keine übertriebenen Anforderungen, kann bequem mit dem Löffel gegessen und getrennt serviert werden, so daß das Zusammenmengen den Kranken selbst überlassen bleibt. Daß sie auch Eiweiß, Fett und Kohlehydrate in genügender Menge enthält und bekömmlich ist,

1) Leydens Handbuch der Ernährungstherapie Band I, S. 413.

beweist die Beobachtung, daß die in dieser Weise ernährten Kranken in der Regel, d. h. wenn nicht bestimmte und nachweisbare Gegengründe vorliegen, wie z. B. Nahrungsverweigerung oder schwere körperliche Krankheit, meist bedeutend und gleichmäßig an Gewicht zunehmen.

Trotz alledem muß ich gestehen, daß ich auf die Durchführbarkeit des Regimes eben wegen der zweifellos großen Einförmigkeit kein allzu großes Vertrauen hatte, als ich vor mehr als zwei Jahren mit gütiger Erlaubnis des Leiters der hiesigen Anstalt, Herrn Direktor Dr. Herfeldt, auf der mir übertragenen Wachstation für ruhige Männer einen Versuch wagte. Der Erfolg war jedoch ein überraschend günstiger und führte dazu, daß auch auf den übrigen Wachstationen die Kost zur allgemeinen Einführung gelangte; ihre Ausdehnung auf sämtliche Bettstationen mußte lediglich aus verwaltungstechnischen Gründen unterbleiben. Die Kost wird von den meisten Kranken anstandslos, selbst viele Monate, genommen, von manchen nach der Versetzung auf andere Stationen eigens erbeten. Klagen über zu große Einförmigkeit, Überdruß oder Ekel kommen verhältnismäßig selten vor, am meisten noch bei den ja stets anspruchsvolleren Frauen; sie können meist durch den Appetit anregende Zugaben, Obst, Limonade u. ä. zum Verstummen gebracht werden. Ob die Diät einen günstigen Einfluß auf den Verlauf der Psychosen ausübt, wage ich noch nicht zu behaupten, wenn es mir auch den Eindruck macht, als ob Nahrungsverweigerungen seit Einführung derselben seltener geworden seien. Ungünstige Wirkungen wurden jedenfalls nie beobachtet.

Der Betrieb gestaltet sich bei uns nun derart, daß die beschriebene Ausnahmskost die Normalkost in den Wachstationen darstellt. Sie wird ebenso wie die Bettruhe jedem Neuaufgenommenen verordnet und in der Regel so lange beibehalten, bis derselbe den ganzen oder auch nur den halben Tag außer Bett sein und seine Mahlzeiten im Tagesraum einnehmen darf, wo er Messer und Gabel erhält. Jeder Kranke hat sein Bettischchen und nimmt die Mittagsmahlzeit auf zwei Tellern ein, während Frühstück und Abendmahlzeit in Halbliterbechern abgegeben wird. In dem einen Teller erhält der Kranke erst die Suppe und dann die Hauptmittagsmahlzeit, Brei oder Mehlspeise, in dem anderen dann gleichzeitig mit diesem Hauptgericht die Zuspeise.

Im Bedarfsfalle wird diese Diät entsprechend variiert oder vollständig durch eine andere Kost ersetzt. Ein Bedürfnis für eine eigentliche Krankenkost für körperlich Leidende besteht jedoch bei uns nicht mehr, natürlich abgesehen von den besonderen Verordnungen bei Diabetes usw. Bei schweren Erregungszuständen und gelegentlich auch sonst, z. B. bei manchen Epileptikern leistet uns die reine Milchdiät gute Dienste. Bei Widerwillen gegen Milch und Milchgerichte und in allen sonstigen Ausnahmefällen wird entweder ad hoc eine eigene Zusammenstellung gemacht oder eine der gewöhnlichen Kostformen gegeben, die bei den wenigen Ausnahmen ja leicht löffelgerecht durch das Pflegepersonal hergerichtet werden kann.

Trotz unserer guten Erfahrungen mit der geschilderten Diätform möchte ich aber zum Schlusse doch nochmals hervorheben, daß ich weit davon entfernt bin, sie für etwas vollkommenes zu halten. Neben dem Wunsche, eine Besprechung der aufgerollten Frage anzuregen, hat mich zur Veröffentlichung der kleinen Mitteilung hauptsächlich die Hoffnung bestimmt, vielleicht auf dem Wege der Diskussion nützliche Winke und Anregungen zur Um- und Ausgestaltung der Kostform zu erhalten. Die Sorge für die Ernährung ist ein bedeutsamer Bestandteil jeder Therapie und ich halte deshalb das Eingehen auf diese scheinbar nebensächlichen und doch nicht unwichtigen Dinge für nicht undankbar.

Die Behandlung der Paralyse mit Mergal.

Von Sanitätsrat Direktor Dr. *Kayser*, Dziekanka.

Die Behandlung der Paralyse ist seit einer Reihe von Jahren auf einen toten Strang geraten: sie beschränkt sich in der Hauptsache auf eine symptomatische Behandlung und auf sorgfältige Pflege der Kranken.

In früheren Jahren war das anders und die Älteren unter uns erinnern sich der verschiedenen Versuche, die zur Heilung dieser Krankheit unternommen wurden.

Nachdem die mikroskopische Untersuchung bei der Paralyse das Bestehen einer chronischen Entzündung in Gehirnrinde und Häuten nachgewiesen hatte, wurde auf verschiedenen Wegen versucht, diese Entzündung zum Stillstand zu bringen.

Meynert in Wien ließ seine Kranken helmartige Eisbeutel tragen, Meyer in Göttingen suchte durch Einreibung mit der Autenrietschen Salbe in die Gegend der großen Fontanelle eine Ableitung der chronischen Entzündung zu erzielen, auch Injektionen von Ergotin und Apomorphin wurden gemacht, um durch Kontraktion der Blutgefäße denselben Erfolg zu erreichen, sogar die Anwendung der Elektrizität wurde zu diesem Zweck versucht.

Ich kann die Aufzählung aller verschiedenen Behandlungsmethoden hier wohl unterlassen, da es mir fern liegt, die ganze Frage der Paralyse aufrollen zu wollen.

Als später Mendel in seiner klassischen Monographie der Paralyse auf den hohen Prozentsatz hinwies, den die Syphilis in der Ätiologie der Erkrankung einnimmt, wurden Einreibungen mit grauer Salbe sowie die anderen antisyphilitischen Kuren noch einmal mit großem Eifer angewandt, um nach einiger Zeit wieder aufgegeben zu werden, weil die Kranken durch das eingreifende Verfahren körperlich herunterkamen und eine Besserung ihres geistigen Zustandes ausblieb.

Seit Jahren ist es stille geworden mit der Therapie der Paralyse und seitdem wir uns auf die symptomatische Behandlung beschränken und das Schwergewicht auf die sorgfältige Körperpflege verlegen, hat sich sogar die Durchschnittsdauer der Krankheit von drei auf fünf Jahre verlängert.

Es hat etwas Beschämendes für uns Irrenärzte, daß wir einer Krankheit, deren Ursachen, Verlauf und pathologische Anatomie so genau durchforscht sind, daß sie fast als das Paradepferd der Psychiatrie bezeichnet werden könnte, doch so ohnmächtig gegenüberstehen.

Da hielt ich es für angezeigt, mit einem Mittel, welches von der chemischen Fabrik Riedel zur Behandlung der Syphilis empfohlen wurde, auch bei der Paralyse einen Versuch zu machen, — dem Mergal. Es besteht dasselbe aus einer Mischung von Tanninalbuminat mit cholsaurem Quecksilberoxyd und wird in Gelatinekapseln gereicht.

Jede Kapsel enthält 0,05 cholsaures Quecksilberoxyd und 0,1 Albuminum tannicum. In den ersten drei Tagen werden dreimal täglich je eine Kapsel nach dem Essen gegeben, später je drei Kapseln dreimal täglich. Diese Dosis wird nach der Konstitution des Kranken modifiziert.

Das Mittel wird empfohlen bei frischer Syphilis sowie bei sekundären und tertiären Formen. Es soll vom Magen und Darm gut vertragen werden, keine Koliken, Durchfälle oder Nierenreizung verursachen, den Körper nicht schwächen und keine sonstigen Belästigungen hervorrufen.

Eine erste Kur soll nach Boß in Straßburg zehn bis zwölf Wochen dauern und der Patient im Durchschnitt in dieser Zeit 20 bis 25 g cholsaures Quecksilberoxyd erhalten. Andere Autoren haben kürzere Zeit und kleinere Dosen angewandt.

Die Ernährung in dieser Zeit soll reizlos für den Darm sein, frisches Obst, Säuren, Salate, scharfe Gewürze und fette Speisen sind zu vermeiden.

Sorgfalt ist auf die Pflege der Zähne und des Mundes zu verwenden, um Stomatitis zu vermeiden.

Es wurde deshalb in Dziekanka ein Mundwasser (essigsaure Tonerde) verordnet, aber bei den meisten Patienten konnte es nicht angewandt werden, weil sie nicht gurgeln konnten. Trotzdem ist es in keinem Falle zu Stomatitis gekommen.

Belästigungen wie bei der Einreibung mit grauer Salbe und Schmerzen wie bei der Injektion von Sublimat werden bei der Anwendung von Mergal vermieden; die Kur ist also eine einfache und bequem durchzuführende. Sie kann, wenn erforderlich, nach einiger Zeit wiederholt werden. Cholsäure d. h. ein Produkt der Leberzellen wurde bei der Zusammensetzung des Mergal gewählt, weil die Leber dasjenige Organ des Körpers sein soll, welches am längsten und in größter Menge das Quecksilber festhalten soll; das Tanninalbuminat soll eine entzündliche Reizung des Darmkanals verhüten. Nach Boß in Straßburg sollen insbesondere frische Fälle von Syphilis und solche mit syphilitischen Erscheinungen der Haut und Schleimhaut günstig durch das Mergal beeinflußt werden.

Es wurden bis jetzt in Dziekanka dreizehn Fälle von Paralyse behandelt.

1. Frau G., 40 Jahr alt, Tabes-Paralyse; der Ehemann starb an Lues, sie selbst hat mehrere Aborte durchgemacht, zwei Kinder leben, das älteste ist luetisch. Im Jahre 1899 wurde sie an Lues behandelt. Beginn der Tabes-Paralyse im Sommer 1905. Aufnahme in die Anstalt im Dezember 1906. Patientin zeigt beginnende Verblödung und ist zuweilen unsauber. Am 3. Mai d. J. Bruch der linken Tibia, oberhalb des Fußgelenkes durch Ausgleiten auf dem Parkett; an der Bruchstelle ein großes Gumma ohne Heilungstendenz. Beginn der Mergalkur am 19. Mai und fortgesetzt bis jetzt. Verbraucht sind 150 Kapseln. In den ersten Wochen Fortschreiten des Gewebezerfalles an der Tibia und Einschmelzung des Knochens und der umgebenden Weichteile, seit vierzehn Tagen lebhafte Granulationen, die bis jetzt die große Wund-

höhle fast ganz ausgefüllt haben. Gewichtszunahme in dieser Zeit drei Pfund. Geistig aber ist sie unverändert.

2. Es wurden sodann fünf Paralytiker in Behandlung genommen, die bereits alle verblödet und bettlägerig waren, sie haben je 100 Kapseln erhalten; zwei von ihnen haben während der Behandlung um fünf Pfund an Gewicht zugenommen, eine wesentliche Besserung aber ihres geistigen Zustandes ist nicht eingetreten.

3. Der folgende Patient, ein Destillateur P., ist ein noch nicht verblödeter Paralytiker, bei dem neben der Lues auch Potus als Ursache der Paralyse anzusehen ist. Bei seiner Aufnahme hatte er eine syphilitische Acne rosacea, die während der Mergalbehandlung zurückging. Durch paralytische Krämpfe und Zuckungen, die 13 Tage anhielten, mußte die Behandlung unterbrochen werden und nach Verbrauch von 132 Kapseln wurde der Patient gegen ärztlichen Rat von der Familie in die eigene Familie zurückgenommen. Während der Mergalkur ist der Patient geistig schwächer geworden, wohl infolge der zum Teil sehr heftigen paralytischen Anfälle.

4. Die folgende Gruppe von vier Paralytikern hat bis jetzt 54 Kapseln genommen; es sind fortgeschrittene bettlägerige Paralytiker, bei denen keine Besserung ihres Zustandes während der Mergalbehandlung, die noch fortgesetzt wird, bisher zu bemerken war. —

Fassen wir das Ergebnis zusammen, so kann ich nur bestätigen, daß die Anwendung des Mittels eine leicht und bequem durchzuführende ist und die unangenehmen Begleiterscheinungen der anderen antisyphilitischen Behandlungen in Wegfall kommen.

Mehrere der Patienten haben während der Behandlung bis zu fünf Pfund zugenommen, andere zeigten eine geringe Abnahme von ein bis zwei Pfund.

Über den Wert des Mergals zur Behandlung der Syphilis enthalte ich mich des Urteils und überlasse diese Seite der Frage den Dermatologen.

Einen günstigen Erfolg für die Behandlung der Paralyse kann ich Ihnen leider nicht berichten, sie haben denselben wohl auch nicht erwartet.

Die Ursache ist vor allem darin zu suchen, daß von dreizehn Patienten zwölf bereits stark verblödet waren.

Die Aussichten auf eine Besserung ihres Zustandes waren von vornherein möglichst ungünstig und nur ein Stillstand in dem fortschreitenden körperlichen und geistigen Verfall konnte erhofft werden.

Die Zeitdauer der Behandlung ist noch zu kurz, um schon jetzt ein abschließendes Urteil zu geben, ob dieses Resultat zu erreichen ist. Eine günstige Beeinflussung des geistigen Zustandes kann bei der Paralyse auf luetischer Basis nur in den verhältnismäßig frischen Fällen erwartet werden, d. h. in dem Stadium vor Eintritt der Verblödung. Leider ist der verhältnismäßig frische Fall, über den die Anstalt in dieser Zeit verfügte, schon nach zwei Monaten von der Familie aus der Anstalt zurückgenommen worden.

Trotz der großen Anzahl von Paralytikern in der Anstalt sind die frischen Fälle selten und fehlen oft gerade dann, wenn man sie sich besonders wünscht. Sollten weitere Versuche, die ich noch vor allem an frischen Fällen vornehmen will, ein günstiges Resultat ergeben, so werde ich noch darüber berichten.

Der Zweck meiner kleinen Mitteilung ist heute nur, auch andere Anstalten zu veranlassen, Versuche mit Mergal in geeigneten Fällen anzustellen. Die Behandlung ist jedenfalls rationell und leicht durchzuführen.

Jedes Mittel aber, das geeignet erscheint, die Paralyse zu bekämpfen, ist des Versuches wert, und sollte er nicht zum Ziele führen, so trösten wir uns mit dem alten Spruch: in magnis et voluisse sat est.

Psychologie und Sexualsymbolik der Märchen.

Von *Dr. Riklin*, Rheinau (Zürich).

Eigenbericht über den Vortrag an der schweiz. Psychiaterversammlung in der Waldau-Bern, 21. Mai 1907.

Der Vortrag soll nur einige Beispiele und Ideen aus einem größeren Material wiedergeben, das in einer ausführlichen Arbeit diesen Herbst veröffentlicht werden wird. (Schriften zur angewandten Seelenkunde, herausgegeben von Prof. S. Freud in Wien: 2. Heft, Symbolik und Wunscherfüllung im Märchen, von Dr. Riklin. Wien und Leipzig, Hugo Heller & Co.)

Die Märchen erscheinen uns als Produkte einer uralten, aber noch lebendigen Dichtung, in einer Anschauung lebend, die neben den entwickelteren immer noch fortbesteht und dem primitiven menschlichen

Seelenleben und seiner Psychologie sehr nahe steht. Man darf also erwarten, unter Anwendung der aus der Psychoanalyse und den Freudschen Arbeiten gewonnenen Resultate, in diesem Gebiete psychologisch sehr interessante Tatsachen zutage fördern zu können.

Die meisten Märchen sind, abgesehen davon, daß viele von ihnen alte Mythen oder Bruchstücke davon enthalten und wohl durch die Überlieferung manche Veränderungen erfahren haben, in der Form, wie sie uns vorliegen, Wunschgebilde im Freudschen Sinne. Unser Denken, sich selbst überlassen, ohne Ablenkung durch die Dinge der Außenwelt, hat die Tendenz „wunschhafte Gedanken" zu bilden. Namentlich treten bei uns Wunscherfüllungsgebilde auf, unter mannigfachster Gestalt, wo uns die Wirklichkeit etwas versagt.

Eine Form ist die des Wunschtraums, eine andere die dichterische Produktion, welche sich mit Liebe mit denjenigen Dingen beschäftigt, welche die Wirklichkeit uns versagt. Bleuler*) erwähnt als Beispiele dafür, daß aus solchem Grunde Gottfried Keller das Bedürfnis hatte, zu begehen:

„die lieblichste der Dichtersünden,
schöne Frauenbilder zu erfinden,
wie die bittere Erde sie nicht trägt".

und daß Johanna Spyri dann anfing, zu schreiben und die große Kinderschriftstellerin zu werden, als sie auf die ersehnten Enkel verzichten und sich dieselben in der Phantasie schaffen mußte. Walther von der Vogelweide berichtet in mehreren Gedichten von Wunschträumen, die ihm schenkten, was die Wirklichkeit nicht geben wollte, z. B.:

„Dô der sumer komen was" und „Nehmt, frouwe diesen Kranz". Moritz v. Schwind hat im „Traum des Gefangenen" (Schackgalerie, München) einen Wunscherfüllungstraum mit aller romantischen Liebe gemalt. Lafcadio Hearn**) erzählt eine japanische Geschichte „Die Nonne des Tempels von Amida", welche uns das Wunschgebilde in eigentümlicher Gestalt schildert. Wir nehmen der Erzählung viel von ihrem Duft in folgendem Auszug:

O-Toyo's Gatte muß in die Hauptstadt in den Dienst seines Lehensherrn. Die Zurückgebliebene gedenkt des Abwesenden unter gewissenhafter Befolgung aller sinnreichen religiösen Gebräuche, welche ihrer Anschauung zur Verfügung sind, und widmet inzwischen alle Sorgfalt und Liebe ihrem kleinen Knaben. Da stirbt der geliebte Gatte in der Ferne, und das Söhnchen verfällt ebenfalls dem Todesschlafe. Um Trost zu suchen, geht sie zu einem Priester, der die Seele des toten Kindes nach einem gebräuchlichen Ritus beschwört, und das Kind redet durch dessen Mund, einem alten überall noch lebenden zweckmäßigen Glauben entsprechend, der u. a. auch dem deutschen Märchen vom „Tränen-Krüglein" zu Grunde liegt, die Mutter dürfe nicht klagen, denn über den Strom der Tränen führe der Toten lautloser Weg, und wenn Mütter weinen, steige die Flut, und die Seele könne nicht hinüber und wandle ruhelos herum.

Sie weinte nicht mehr, fing aber an, eine seltsame Liebe für alles Kleine zu empfinden; alles, Möbel, Kleider, Eßgeschirr und Wohnung ist ihr zu groß. Man baut ihr eine Miniaturklause im Hof eines alten Tempels, mit lauter Miniaturgerätschaften, sie webt an einem winzigen Webstühlchen und lebt als freundliche Gespielin aller Kinder des Quartiers.

Bei den Psychosen nehmen die Wunschgebilde im Verlauf der Krankheiten eine hervorragende Stelle ein, in Form von Größenideen, plastischen, unkorrigierten Wunschträumen, von Wunschdelirien langer oder kurzer Dauer; gewisse Stereotypien kennzeichnen sich als Bestandteile oder Reste von Wunscherfüllungsgebilden. Spiritistische Medien erfüllen ihre unbewußten Kompositionen mit Wunschgebilden.

Nun stellen sich uns ganze Märchen als Wunschgebilde dar, und verwenden überdies eine Symbolik, besonders Sexualsymbolik, die uns aus dem Traumleben und den Bildungen der Geisteskranken in identischer Form und Bedeutung bekannt sind.

So findet sich häufig die Schlange als männliches Sexualsymbol, z. B. im Märchen „Oda und die Schlange".*)

Ein Mann hat drei Töchter, er fährt zu Markt; den zwei ältern soll er Kostbarkeiten bringen, die jüngste verlangt das, was unter seinem Wagen laufe, wenn er zurückkehre. Es ist eine Schlange, die mit Bitten nicht ruht, bis sie von der jüngsten ins Haus, ins Schlafzimmer, ins Bettchen gelassen wird und sich jetzt in einen Prinzen verwandelt, der, auf diese Weise vom Zauber erlöst, das Mädchen heiratet.

Die Verzauberung ist im Märchen gewöhnlich die Folge eines Fluches, den eine dem Helden oder der Heldin feindliche Macht über ihn ausgesprochen hat. Dieses feindliche Wesen ist fast überall ein sexueller

*) Bleuler, Freudsche Mechanismen in der Symptomatologie von Psychosen. Psychiatr.- neurol. Wochenschrift. 1906, Nr. 35 u. 36.

**) Lafcadio Hearn, in „Kokoro". Übersetzung aus dem Englischen von Berta Franzos. Frankfurt a. M. 1906.

*) L. Bechsteins Märchenbuch, Leipzig, G. Wiegand, 1857, zweite Ausgabe.

Nebenbuhler des Helden oder der Heldin. Das so verzauberte Wesen muß dann gewöhnlich eine Gestalt annehmen, welche wir als Sexualsymbol aus dem Traumleben Gesunder und geistig Abnormer, auch aus den übrigen Bildungen Geisteskranker bereits gut kennen.

Als sexuelle Nebenbuhler oder Mächte oder deren Gehilfen treten in unsern Märchen u. a. auf böse Stiefmütter, Hexen, Riesen, Riesinnen, Drachen und ähnliche, in den isländischen Märchen u. a. auch die Figur des Wintergastes, welche durch die Sitte, den im Herbst ankommenden Gast über den Winter zu beherbergen, gegeben ist.*)

Die Wunscherfüllung im Märchen kommt in dem endlichen Sieg und der Erfüllung des erotischen Verlangens zum Ausdruck. Die Widersacher müssen zu Grunde gehen.

Wenn wir eine Parallele zum Traum ziehen wollen, so müssen wir den Träumenden im Märchenwunschgebilde an Stelle des Helden setzen. Auffallend ist nun gerade, daß das Märchen als Helden oft sozial niedrig Stehende hinstellt; der Bauernjunge als Held heiratet eine Königstochter und umgekehrt. Es ist also, wie im Traum, die eigene Unzulänglichkeit und Unvollkommenheit der Helden (= Träumenden) Wunschbildnerin.

Die Verwandlung eines Jünglings in eine Schlange durch ein weibliches Wesen aus Rache wegen verschmähter Liebe läßt sich in den Märchen und Mythologien nachweisen, andererseits auch Beispiele, wo die Schlange als Symbol fürs Männliche, und speziell für den Penis, in dieser oder daraus abgeleiteter Bedeutung vorkommt. Aus dem Traumleben usw. kennen wir sie desgleichen. Diese Schlangen kriechen z. B. der Träumenden, der Hysterischen, der Geisteskranken direkt in das Genitale, oder, die von Freud betonte Verlegung nach einer andern erogenen Zone anwendend und die ich als bekannt voraussetze (Verlegung nach oben), in den Mund. Das Märchen enthält, wie der Traum, viele Infantilismen, deren Kenntnis zur Märchenanalyse ganz unentbehrlich ist und die überraschendsten Resultate ergibt. Gerade die Figur der „Stiefmütter“ kann dadurch aufgeklärt werden. Die erwähnte Arbeit wird derartige Versuche bringen.

In einem Fall von Hysterie mit klar aufgebauter Symptomatologie träumte die Kranke von Heuhaufen („Heuschöchli“) auf dem Felde, aus deren Spitze je eine kleine Schlange herausschaute. Vor ihr aus dem größten Haufen kam eine größere heraus, welche ihr in den Mund schlüpfte und sie hinten im Gaumen biß. Die Heuhaufen entsprachen den behaarten männlichen Genitalpartien und sind ein Gegenstück zum weiblichen „Nymphenwald“ in einer Freudschen Arbeit.*)

Im Märchen vom „Froschkönig“ stellt der Frosch, ebenfalls ein verzauberter Prinz, unter Anwendung eines uns aus der Psychiatrie wohlbekannten männlichen Sexualsymbols, das männliche Prinzip dar.

Die zwei ältern Schwestern in „Oda und die Schlange“ und ähnlichen Märchen dienen wohl nur als Gegensatz, um die Heldin hervortreten zu lassen, wie das Märchen auch liebt, manchmal sogar in ungeschickter Weise, dem Helden eine gegensätzliche Figur gegenüberzustellen, die alles verkehrt oder schlecht macht und der alles mißlingt, was dem Helden gelungen ist.

Traum, Psychose, Mythologie und Märchen sind ungemein reich an Sexualsymbolen, die aus irgend einer Ähnlichkeit heraus zu diesem Zweck herangezogen werden. Eine ganze Reihe von Tieren, besonders männlichen, deren Sexualleben, Sexualtrieb und Männlichkeit oder Ähnlichkeit mit dem Sexualorgan in den Vordergrund treten, werden dazu benutzt.

Schlange, Fisch, Maus, Hund, Bock, Stier, Löwe, Bär, Storch, Vogel usf.; dann andere Fruchtbarkeitssymbole: Ruten, grüne Zweige u. dergl. Ich erinnere daran, daß Zeus in diesem Sinne als Stier, Schwan, Schlange usw. sich verwandelte, um seinen Geliebten zu nahen.

Auch diese Symbole werden in der erwähnten kommenden Arbeit noch weitere Aufklärung finden.

Ähnliche Sexualsymbolik wie in „Oda und die Schlange“ treffen wir beispielsweise in dem Märchen vom „Nußzweiglein“ (Bechstein p. 90) und vom „singenden, springenden Löweneckerchen“ (Grimm Nr. 88), in etwas anderer Darstellung auch im „Aschenbrödel“.

Im „Nußzweiglein“ muß ein Kaufmann eine Reise machen und will seinen drei Töchtern ein Geschenk mitbringen (vergl. Oda und die Schlange!). Die eine will eine Perlhalskette, die zweite einen Fingerring mit einem Demantstein, die dritte wünscht flüsternd ein schönes, grünes Nußzweiglein. Auf dem Heimweg hat er große Schwierigkeiten, ein

*) Vergl. Rittershaus, Neuisländ. Volksmärchen. Halle a. S., Max Niemeyer, 1902.

*) Freud, Bruchstück einer Hysterieanalyse. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. XVIII, 1905, p. 450.

solches zu finden; endlich entdeckt er zufällig ein schönes, grünes Zweiglein mit goldenen Nüssen. Er bricht es ab, da schießt ein Bär aus dem Dickicht, dem das Zweiglein gehört. Der Kaufmann muß ihm dafür versprechen, das zu schenken, was ihm bei der Heimkehr zuerst entgegenkomme. Natürlich ist das die Jüngste. Der Bär kommt nach einiger Zeit in einem Wagen, um sie abzuholen. Als er, mit dem Mädchen in den Wald zurückgekehrt, befiehlt, ihn zu liebkosen, merkt er an ihrer Art, daß es nur das untergeschobene Hirtenmädchen ist, und flugs holt er sich die richtige jüngste Kaufmannstochter. Er führt die Bärenbraut in eine Höhle mit schrecklichen Drachen und Schlangen, und dadurch, daß sie sich nicht umschaut, erlöst sie den Bären, der ein Prinz mit einem schönen Schloß ist, und die entzauberten Ungetüme sind seine Gefolgschaft. Der Bär ist also der Prinz, ihm gehört das fruchttragende Nußzweiglein, das hier das spezielle sexuelle Symbol ist. Die Entzauberung verdeutlicht den Zusammenhang, nur daß darin das Zweiglein nicht mehr erwähnt ist. Die Analogie mit Oda und der Schlange ist sehr durchsichtig.

Für das Zweiglein, die Rute, den Stab als männlich sexuelles Symbol sind Belege aus den Volksmärchen, aus der Mythologie und aus dem Gebiet normaler und pathologischer Träume in größerer Zahl aufzutreiben, wie andererseits der Phallus selbst in den Zeremonien, die Fruchtbarkeit bewirken, verehrt wurde. (Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Neuruppin.** Eine Typhusepidemie ist in der Landesirrenanstalt in Neuruppin ausgebrochen. Mehrere Irre sowie Wärter der Landesirrenanstalt sind an Typhus erkrankt. Im ganzen liegen, wie dem Berliner Tageblatt von zuständiger Seite mitgeteilt wird, sieben Typhuserkrankungen vor, von denen keiner tödlich verlief. Die Kranken wurden in einer neuerrichteten Typhusstation untergebracht und befinden sich sämtlich auf dem Wege der Besserung. Die Quelle der Epidemie soll infizierte Milch gewesen sein.

— **Österreichischer Irrenärztetag.** Der Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien veranstaltet heuer einen österreichischen Irrenärztetag, der am 4. und 5. Oktober 1907 in Wien stattfinden wird. Programm: 4. Oktober. I. Sitzung 9—12 Uhr vormittags. Referate: 1. Zum gegenwärtigen Stande der Pflegerfrage (Referent Direktor Dr. Starlinger, Mauer-Öhling). 2. Ärzteaustausch zwischen Kliniken und Anstalten (Referent Hofrat Prof. Dr. v. Wagner). II. Sitzung 3—6 Uhr nachmittags. Vorträge und Demonstrationen. 5. Oktober. III. Sitzung 9—12 Uhr vormittags. Referat: Der Unzurechnungsfähigkeitsparagraph im Strafgesetz (Referent Hofrat Prof. Dr. v. Wagner). IV. Sitzung 3—6 Uhr nachmittags. Vorträge und Demonstrationen. Das ausführliche Programm der Vorträge und Demonstrationen wird später bekanntgegeben werden.

Die ersten 3 Sitzungen finden statt im Hörsaal des pharmakologischen Institutes (IX. Währingerstr. 13), die 4. Sitzung findet statt in dem mit Projektionseinrichtungen versehenen Hörsaale des Institutes für experimentelle Pathologie, allgem. Krankenhaus, IX. Alserstraße 4. Für Sonntag den 6. Oktober wird ein Ausflug, eventuell Besichtigungen von Anstalten in Aussicht genommen; näheres hierüber wird später bekanntgegeben werden. Vorträge und Demonstrationen mögen bis längstens 31. August 1907 bei einem der beiden Schriftführer angemeldet werden. Das definitive Programm erscheint Mitte September. Gäste willkommen. Am 3. Oktober um 9 Uhr Begrüßungsabend im Restaurant Riedhof (VII. Wickenburgergasse 16).

Der Präsident: Hofrat Prof. Dr. Obersteiner, Wien, XIX. Billrothstraße 69.
Der Präsidentstellvertreter: Hofrat Prof. Dr. v. Wagner, Wien, I. Landesgerichtsstraße 18.
Der Schriftführer: Privatdozent Dr. Pilcz, Wien, IX. Lazarethgasse 14.
Der Schriftführer: Privatdozent Dr. Raimann, Wien, IX. Alserstraße 4.

Personalnachrichten.

— **Tübingen.** Dr. Merzbacher, Assistenzarzt der Irrenklinik, hat sich mit der Probevorlesung „Bedeutung und Wert der frühzeitigen Erkennung einer Krankheit in der Irrenheilkunde“ am 15. Juli für Psychiatrie habilitiert.

— **Frankfurt a. M.** Der Privatdozent für Psychiatrie an der Universität Göttingen, Dr. H. Vogt, siedelt am 1. Oktober nach Frankfurt über, um auf ein Jahr die Leitung der hirnpathologischen Abteilung im Senckenbergischen neurologischen Institut zu übernehmen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 23. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Kgl. Heilanstalt Weinsberg
(württemberg. Staatsirrenanstalt, neuerbaut, 500 Kranke, 2 Oberärzte, 3 Assistenzärzte).

Eine

Assistenzarztstelle

ist **erledigt** und kann sofort besetzt werden.

Anfangsgehalt 1800 M. neben freier Station I. Klasse (auf Wunsch statt geistiger Getränke 200 M. Entschädigung).

Bewerbungen nimmt entgegen die **Direktion.**

Bekanntmachung.

An der Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt **Frankenthal** ist infolge Versetzung des bisherigen Inhabers die Stelle des

Oberpflegers

der Irrenabteilung in Erledigung gekommen.

Mit dieser Stelle ist ein Anfangsgehalt von 840 M. jährlich sowie freie Station für den Oberpfleger nach Kostklasse Ib im Jahresanschlage von 400 M. verbunden.

Dienstalterszulagen werden in Aussicht gestellt.

Bewerbungsgesuche, belegt mit Zeugnissen und Lebenslauf, sind bis längstens 15. September lf. Js. bei der k. Direktion der Anstalt einzureichen.

Persönliche Vorstellung der Bewerber ist vorerst nicht nötig.

Bekanntmachung.

An der **Großherzoglich Badischen Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen** bei **Freiburg im Breisgau** können noch zwei

Hilfsarztstellen

jederzeit besetzt werden. **Mitte September** wird auch eine

Medizinalpraktikantenstelle

frei. Anfangsgehalt der **Hilfsärzte 2000 M.** bei **freier Station I. Klasse.** Regelmäßige jährliche **Gehaltszulagen.** Dem Medizinalpraktikanten wird außer der freien Station I. Klasse eine jährliche Vergütung von **900 M.** gewährt.

Meldungen an die Direktion.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Der Warenhausdiebstahl.

Von

Dr. med. **Leopold Laquer,**

Nervenarzt in Frankfurt a. M.

Preis M. 1,—

BROMURAL

α-Monobromisovalerianylharnstoff.

Ein neues Nervenberuhigungs- u. Schlafmittel.

Fast geschmackfrei, geruchlos und ohne Nebenwirkung. 959

Indikation: Leichte, nervöse Schlaflosigkeit, Hysterie, Neurasthenie etc.

Dosis: 2 Tabletten à 0,3 g. Originalröhrchen zu 20 Tabletten à 0,3 g.

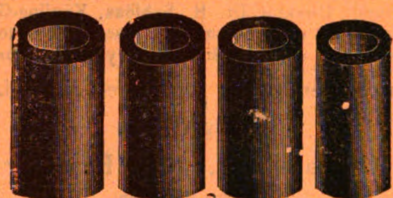
Literatur und Proben kostenlos.

Knoll & Co., chem. Fabrik, **Ludwigshafen a. Rhein.**

An der Königlich Sächsischen Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke zu Hubertusburg bei Wermsdorf ist die Stelle **eines**

Hilfsarztes

alsbald zu besetzen. Jahresgehalt 2400 M. Keine Nebenbezüge. Dauernde Anstellung im Staatsdienste bald erreichbar. Psychiatrische Vorbildung wird nicht erfordert. Bewerbungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion der Anstalt einzusenden.



Mk. 1,90 — 1,45 — 1,25 — 1,15

pro Meter.

Durit- **Drainage, Irrigator- und Gasschlauch,** neben seiner bedeutenden Festigkeit und Haltbarkeit bietet er den grossen Vorteil, dass die Desinfizierung und Sterilisierung seine Elastizität und Weichheit nicht vermindert. (784 b)

Rudolf Détert, Berlin NW., Karlstr. 9.

Im Ctr. des vornehmsten W. Vorortes von Berlin, ist ein mit der **Konzession zum Betriebe einer Irrenanstalt** versehenes Grundstück (geeignetes Anstaltsgebäude mit grösserem Park) **baldmöglichst** unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 ▢-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 ▢-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre: **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

Automobil (4 Cyl.)

12 HP Fafnirmotor, Phaeton, 4—5 Sitze mit Verdeck, ganz neu (Ansch.-Preis 7000 M.) billig zu verkaufen.

Näheres durch d. Exped. d. Bl. 1035

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Ibsens Nora

vor dem Strafrichter und Psychiater.

Von Staatsanwalt Dr. **Erich Wulffen,** Dresden.

Preis 1,20 M.

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 23. 31. August **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Emanuel Mendel.

Gest. den 23. Juni 1907.

Es war bei einer kleinen gemütlichen Feier, die Mendels Freunde in Frankfurt a. M. vor acht Jahren ihm zu Ehren veranstaltet hatten, als er sich mehrere Wochen lang bei uns aufhielt. Da ist das Wort gefallen: Mendel gehöre zu dem seltenen Typus des „Weisen unter den Ärzten". Als ich zu meinem großen Schmerze vom Tode Prof. Dr. Emanuel Mendels hörte und bald darauf die zahlreichen Nekrologe las, die über ihn von seinen Fachgenossen, Freunden und Schülern geschrieben wurden, da habe ich vielfach die Betonung dieser seiner Eigentümlichkeit vermißt. — Mendels Lebensweisheit dient vielleicht auch zur Erklärung der Tatsache, daß er leider wohl der letzte der Ärzte in Deutschland gewesen ist, dem es möglich war, eine bemerkenswerte und weittragende öffentliche, vor allem politische Wirksamkeit zu entfalten, ohne die ärztliche Praxis und Wissenschaft dabei zu vernachlässigen. — In einer ärztlichen Zeitschrift, die auch den praktischen Interessen von Irren- und Nervenärzten dienen soll, wird es angebracht sein, die Fachgenossen auf diese Momente in dem Lebensgange des verdienten Forschers und Lehrers hinzuweisen.



Emanuel Mendel war Schlesier. Er war zu Bunzlau im Jahre 1839 geboren, hat in Breslau und Berlin studiert und 1861 als Landarzt in Pankow bei Berlin seine allgemein-ärztliche und irrenärztliche Tätigkeit begonnen. Mühselig zu Pferd und im holprigen Wagen hat er anfangs den Beruf ausgeübt. Da er von kräftiger Konstitution, von bescheidenem Sinne, den er dem Wesen in der Heimat und im Elternhause verdankte, und an Strapazen gewöhnt war, haben ihm auch die Feldzüge von 1864, 1866 und 1871, die er mitgemacht hat, nicht viel schaden können. Den ersten Schuß in die Herzgegend haben der Hirschwaldische Medizinalkalender, in dessen Tasche der Rote Adlerorden steckte, zurückgehalten. Der zweite Schuß ins Schienbein heilte glücklich aus, nachdem der Verletzte in die Heimat zurückgekehrt war. Die Schwierigkeiten, die ihm dabei in den Weg gelegt wurden, die Verhandlungen mit dem bureaukratischen Frankfurter Etappenkommandanten, der ihn, den verwundeten Arzt, nicht in der ersten Klasse befördern wollte, sowie andere Kriegserlebnisse erzählte Mendel gern und mit all der reizenden Plauderkunst, die ihm eigen war, und die an seinen Landsmann Carl Weigert erinnerte.

Die Begründung der bekannten Privatanstalt in Pankow, die er nicht mit eigenem, sondern nur mit fremdem Gelde, das ihm Freunde vorstreckten, errichten konnte, führte ihn sehr bald auf das Gebiet der Psychiatrie und Neurologie. Er hat das Institut im Laufe der Jahre zu großem Ansehen und trotz materieller Hindernisse allmählich in seinen Besitz gebracht und dadurch auch den Grund und Boden lieb gewonnen, auf dem sein Eigentum erwachsen war. Das patriarchalische Verhältnis, in dem er zu seinen lieben Pankowern stand, drückte sich insbesondere in all den Vertrauensstellungen aus, die er in und für

Pankow bekleidete. Vierzig Jahre lang war er Mitglied der Gemeindeverwaltung, dann fortschrittlicher Reichstagsabgeordneter für Nieder-Barnim von 1877 bis 1881, schließlich Begründer eines allgemeinen musterhaften Krankenhauses, Ehrenbürger usw. — Welcher Psychiater könnte heute noch ein solches Wagnis unternehmen und zu solchem Ende führen? Wer vermöchte dabei noch zu mikroskopieren, Serienschnitte herzustellen, zu publizieren, sich in einer benachbarten Hochschule zu habilitieren und — wenn auch sehr allmählich — Extraordinarius zu werden, wie das Mendel in den siebziger und achtziger Jahren fertig brachte!?

Es gehörte schon der ganze Optimismus Mendels dazu, unter all den unendlichen vielen kleinen und großen Querelen einer Privatanstalt noch Muse und Stimmung zur publizistischen und wissenschaftlichen Tätigkeit zu finden. Wer kennt sie nicht, die „Dysthymia literarica", die den praktischen Psychiater, ja jeden wissenschaftlich strebenden praktischen Arzt beschleicht, wenn er in der Stille der Nacht oder Sonntags zur Feder greift und etwas niederschreiben will?! — Welche Entbehrungen an den Freuden des Lebens waren da notwendig, welche Anspruchslosigkeit muß da vorhanden gewesen sein, wenn eine solche Tätigkeit Jahrzehnte lang ohne Gefährdung der Gesundheit und ohne Schädigung der Familienpflichten möglich war?! — Die großen Ferien kennt ja nur der Akademiker! Erst 1885 konnte Mendel, nach dem Verkauf seiner Anstalt, sich von den persönlichen Lasten frei machen, die ihm die Leitung auferlegte. Viele Jahre vorher aber waren schon seine bekanntesten Werke: Die Monographien über „Progressive Paralyse" (1880) und die „Manie" (1881) erschienen. Für die erste hat er ein reiches Material — 300 Fälle und 60 Sektionen — verwertet; er hat darin die Ätiologie, besonders auch die luetische Grundlage, die Symptomatologie, die Differentialdiagnose und pathologische Anatomie aufs klarste herausgearbeitet, soweit das nach dem damaligen Stande der Wissenschaft möglich war. „Mendel hat" — so sagt Ziehen mit Recht über diese Arbeit in einem Nachruf — „mit den überwuchernden, unklaren Vorstellungen und Phrasen und mit den scheinbar geistreichen Vergleichen aufgeräumt und den schwierigen Stoff mit klaren, einfachen Worten natürlich und sachlich — in naturwissenschaftlicher Sprache behandelt." — Seine wissenschaftlichen Verdienste als Lehrer waren nicht gering. Er war 1883 außerordentlicher Professor geworden. Zehn Jahre lang hatte er die Hirnanatomie und viele Zweige der Nerven- und Irrenheilkunde in glanzvoller Art vorgetragen, hatte eine Poliklinik gehalten, an der in- und ausländische Ärzte in reicher Zahl Hand und Auge übten, ihr Wissen vertieften, ja oft genug ihre ganze Ausbildung zu „Spezialisten" empfingen. Denn das bei Mendel zusammenströmende Material war reichhaltiger und eigenartiger wie irgendwo in Deutschland. Es kam wohl auch daher, daß er auf jeden Patienten persönlich mit überzeugenden Worten einzuwirken suchte.

Charakteristisch für das Ziel seines wissenschaftlichen Strebens war das Programm, das er der ersten Nummer des von ihm begründeten „Neurologischen Zentralblattes" voransetzte: „Gesondert und ohne erhebliche Rücksicht aufeinander zu nehmen, haben sich allmählich die Anatomie des Zentralnervensystems, die Physiologie des Gehirns und des Rückenmarkes, die Pathologie des gesamten Nervensystems und von der letzteren getrennt, die Psychiatrie entwickelt. Mehr und mehr hat sich jedoch in den allerletzten Dezennien die wissenschaftliche Forschung bestrebt, die Bindeglieder zwischen der Anatomie und der Physiologie einerseits, zwischen diesen wieder und der Pathologie des Nervensystems aufzusuchen und ganz besonders auch die Psychiatrie mit jenen in engere Verbindung zu bringen. — Die Aufgabe der Zukunft wird es sein, die hier geschlagenen Brücken, die meist noch schwankende und schmale sind, zu befestigen und zu verbreitern." Hervorragende jüngere und ältere Forscher der damaligen Zeit: Berger, Erb, Eulenburg, Emminghaus, Flechsig, Hirschberg, Moeli, Remak, Rumpf, Friedr. Schultze, Siemens, Sioli und Strümpell hatten ihm, dem „Pontifex" der Neurologie und Psychiatrie, ihre Mitarbeit zugesagt. Wir, die Jüngsten am Bau, waren stolz darauf, durch Referate und Kongreßberichte für Mendel uns die ersten Sporen zu verdienen und dann allmählich zu den „Originalien" der Zeitschrift zugelassen zu werden, in der Mendel an dem erwähnten Programme ein Vierteljahrhundert lang unbeirrt festgehalten hat. Alle Meinungen ließ er zu Worte kommen, auch wenn er, wie in der Frage des sich erweiternden Begriffs der „Dementia präcox", selber nicht recht mittun wollte. Jedem aber war er dankbar, auch für die kleinste Hilfe; immer schien er bestrebt, die Mitarbeiterschaft auch des jugendlichsten Schriftstellers für bedeutungsvoll zu erklären, das Selbstbewußtsein in dem Aufstrebenden zu erhöhen und jedes schriftstellerische Interesse für das Spezialfach durch ermunternde und liebenswürdige Worte zu fördern. — Mühe kostete es ja, seine Briefe und Postkarten zu lesen, in denen er das alles zum Ausdruck brachte. Man mußte viel Zeit und gute Augen haben, um damit fertig zu werden. Als ein-

mal im Kreise seiner Schüler und Freunde ein junger Arzt sich rühmte, Mendels Schriftzüge „auf Anhieb" entziffern zu können, da sagte Mendel recht treffend zu ihm: „Hören Sie mal, Kollege, dann können Sie sofort Schreibsachverständiger am Kammergericht werden!"

Aber Mendel beschränkte seine schriftstellerische Tätigkeit nicht auf sein Zentralblatt. Er verfaßte u. a. den bekannten Artikel über „Paranoia" für die erste Auflage von Eulenburgs Encyklopädie. Er war der erste, der die Epilepsia tarda (Spätepilepsie) in ihrer Wichtigkeit erkannte. Seine forensische Tätigkeit, speziell aber seine Beteiligung als Gutachter an den psychiatrischen Teilen des Strafgesetzbuches und des Bürgerlichen Gesetzbuches, seine Teilnahme an den Fragen der Begutachtung von Unfallkranken sind ja bekannt. Sein letztes größeres Werk: „Der Leitfaden für Psychiatrie" (1902), der ins Englische übersetzt wurde, legt neben den zahllosen kleineren kasuistischen Mitteilungen aus der Anatomie und Klinik des Nervensystems Zeugnis ab von den umfassenden ärztlichen Kenntnissen, von der Vielseitigkeit und Arbeitskraft des heimgegangenen Forschers. Wie lange ist es her, da trat er in einer Diskussion wie ein jugendfrischer Kämpfer dafür ein, daß sich der Psychiater in foro „auf die Metaphysik der freien Willensbestimmung nicht einlassen sollten". Noch immer hatte er, wenn er vor Richtern ein Gutachten über Anwendung des § 551 abzugeben hatte, sich mit Erfolg auf seine bestimmte Ansicht stützen können, daß, ob die Beurteilung der freien Willensbestimmung bei der Tat eines Angeklagten ausgeschlossen sei, nicht Sache des Arztes wäre. Seine Vorlesung über „Zurechnungsfähigkeit" soll eine der interessantesten und besuchtesten Publica der Berliner Hochschule gewesen sein. Bei keinem großen Prozesse in Berlin, in dem der Geisteszustand des Angeklagten in Frage stand, hat Mendels Gutachten gefehlt.

Im Rathaussaale zu Pankow sammelten sich am 26. Juni am Sarge des Entschlafenen neben seiner Familie die hervorragenden Vertreter der Berliner Medizinischen Fakultät, der Sanitätsoffiziere, der Berliner Medizinischen Gesellschaft, der Ärztekammer, seine Schüler und Freunde, die Abgesandten von Gemeinden, Wohltätigkeits- und Standesvereinen zu einer erhebenden Trauerfeier. Der Pankower Bürgermeister Kuhr sprach zuerst — tief ergriffen von dem Heimgange des besten Bürgers, des uneigennützigen Wohltäters der Gemeinde. Er betonte am wirksamsten von allen die persönlichen Eigenschaften Mendels: „Heiter und sonnig war sein Gemüt wie die Blumen, mit denen wir zum Abschied die Stätte seines segensreichen Wirkens geschmückt haben!" — So klang seine Rede aus. Das, was er von der Persönlichkeit Mendels sagte, zog sich wie ein roter Faden durch die Reden Liepmanns, Munters, Oppenheimers, Senators u. a., auch all derer, die nicht zum Fach gehörten.

Der moderne Mensch bewundert nicht ohne Zweifel und Kopfschütteln den Lebensgang eines solchen Arztes. Er steht ja den oben kurz skizzierten fünf Jahrzehnten menschlicher Arbeit wie einem Rätsel gegenüber, weil er sich nicht mehr hineindenken kann in den Körper und in die Seele eines Mannes wie Mendel, der so viel vermocht und erreicht hat, ohne an eigener Körperkraft wesentlich einzubüßen und ohne dem Übermenschentum zu verfallen und dadurch die Fühlung mit dem Mitmenschen zu verlieren — bei seinem Ringen nach Anerkennung und Erfolg. Es war eben in Mendel gar nichts modernes, ehe etwas altfränkisches, patriarchenhaftes vorherrschend. Gutsitzende Kleider von vornehmstem Schnitt trug er ebensowenig, wie er bei aller Freundlichkeit gegen jedermann sich kaum je den äußeren straffen Regeln auch nur der notwendigsten Etikette anzupassen vermocht hat. Die Grazien waren ihm abhold. Man kann es ja jetzt laut sagen: Äußerlich hielt er zu wenig auf sich, aber mit seinem Innern, mit seinem Optimismus, mit seinem unerschütterlichen Selbstvertrauen, mit dem Glauben an das Gute, — da wirkte er auf alle Menschen, auf seine Kranken, auf Schüler und Kollegen, auf die Mitbürger und Parteigenossen, Richter und Parlamentarier. Sein Organ klang nicht einmal sanft und einschmeichelnd, wie das absichtliche suggerierende Säuseln und Lispeln der geborenen Hypnotiseure unter den Ärzten, eher rauh und undeutlich; und doch — in der Privatpraxis und in der Poliklinik, wenn er immer zustimmend und teilnehmend zu allen Fragen und Klagen des Nervenkranken mit dem Kopfe nickte und ihm treu und fest ins Auge sah, ihm die Hand schüttelte, hat sein Wort immer und immer wieder auf Wochen und Monate gewirkt: „Es wird schon besser werden, mein Lieber!"

„Nur nicht so früh Alarm schlagen bei der beginnenden Paralyse", äußerte er zu mir einmal bei einer Konsultation. „Ich habe zwei solche Fälle, die sitzen zusammen in einem Ministerium eines glücklicherweise fremden Kleinstaates und der Staat besteht und es geht den Bürgern ganz gut, lieber Kollege! Das ist alles nicht so schlimm, wie es in den Büchern steht!" — Das war schon vor mehr als einem Jahrzehnt; ich hab's Mendel geglaubt, noch ehe die Mehrheit der Psychiater von der

schlimmen Prognose aller Paralysen zurückkam, als sie den Paralytikern nur ihre „vier Jahre" zubilligen wollte. Immer und immer wieder denke ich an ihn, wenn es gilt, eine zutreffende Prognose bei schwierigen Fällen von beginnender Paralyse zu stellen. Wenn er aber garnichts mehr wußte, wenn alles bereits gesagt und gefragt war vom und zum Kranken, und auch das bei seinen vielen östlichen Patienten unvermeidliche Bad verordnet war, da half er sich mit seinem herrlichen Humor. Viel besprochen ist sein Scherz- und Wunschwort, das er vielen ins Bad reisenden Patienten beim Abschied mit auf den Weg gab: „Kommen Sie gerade so gesund wieder, wie Sie mich verlassen haben!"

Es ist ihm gelungen, sich nicht nur Ansehen und Anerkennung als Nerven- und Irrenarzt in Deutschland, sondern weit über dessen Grenzen hinaus zu erwerben. Er war schließlich einer der gesuchtesten Ärzte des Reiches. Am Ende seines Lebens hat es ihm darum auch an Glücksgütern nicht gefehlt. Viele stille, nicht kleine Gaben an arme Kranke und unbemittelte Studenten, und die reiche Stiftung für Rekonvaleszenten im Pankower Krankenhaus beweisen, wie uneigennützig er dachte und wie er seinen durch harte Arbeit im Dienste der Menschheit erworbenen Reichtum zu verwenden wußte.

Immer, wenn man mit ihm zusammen war, hatte man das Gefühl, daß bei schneller Auffassung eine Ruhe und eine Sicherheit in seinen Urteilen und Schlüssen in der Diagnose und Therapie vorherrschte, die den Jüngeren in Erstaunen setzten. — Man hatte den Eindruck, als ob Mendel nie schwankend wäre! — Er übersah Menschen und Verhältnisse — so schien es — auf den ersten Blick und entschied sich rasch. Das war wohl auch das Geheimnis seines Erfolges in der Praxis und im öffentlichen Leben. Er polterte aber nicht, wie viele andere, die damit eine Bestimmtheit und Willensstärke vortäuschen wollen, die sie garnicht haben, nein, er war kurz und leise und wußte zu schweigen oder vornehm zu lächeln, wenn er — draufgehen und sich durchsetzen wollte. Und das konnte Mendel, wenn es darauf ankam!

Da seine Treue und Zuverlässigkeit im kollegialen Leben und in der kommunalen bezw. politischen Wirksamkeit, nicht zum wenigsten auch im Dienste für das Vaterland erprobt und weithin bekannt war, so hofften die Nervenkranken zuversichtlich auf sein Zureden und seine Trostworte — auch wenn sie hoffnungslos dem unheilbaren Leiden verfallen schienen.

Mendel hatte für alle und für alles Zeit, denn er war und blieb ein einfach schlichter Mann, so lange er lebte, und ein praktischer Mensch, der die Kürze liebte, nüchtern dachte und dem Feierlichen und Pathetischen und anderen unnötigen Umschreibungen der Wahrheit keinen Geschmack abgewinnen konnte.

Arm an solchen Naturen wird die Gegenwart. Wir können uns des Gefühls nicht erwehren, daß solche Art von Lebensklugheit unter uns Ärzten immer seltener wird und daß bei voller Hochachtung vor den wachsenden, — vor den großen Leistungen des Einzelnen in Politik, in Kunst und Wissenschaft — die „Persönlichkeit" notleidet. Wer will und kann heute noch gleichzeitig in einer Irrenanstalt, an der Universität, in der Poliklinik, im Gemeinde-Kollegium und im Reichstag wirken, ohne zum mindesten neurasthenisch zu werden?! — Wohl sitzen viele Ärzte in den Gremien, aber sie wirken nicht!

Wenn wir diese unangenehme Begleiterscheinung des modernen Kulturlebens — den Mangel unserer Zeit an Männern solcher Art — beklagen, so müssen wir manchen Altvorderen, manchen alten Führer im Leben und im Kampfe für wissenschaftlichen und politischen Fortschritt im stillen bewundern. Mit Wehmut wollen wir uns einzelner solcher gottbegnadeter Lehrer und Vorbilder erinnern und ihr Gedächtnis voll Dankbarkeit in Ehren halten: Sie wußten zwar vieles noch nicht, was wir jetzt wissen, aber sie konnten vieles leichter und eher, was wir jetzt nicht mehr können. Zu solchen Männern des Erfolgs von ehedem, zu diesen Lebensweisen, zu den liebenswürdigen Menschen und klugen Meistern der Heilkunst gehörte Emanuel Mendel. Er war uns, wie Tausenden und Abertausenden von Kranken und Gesunden, lieb und wert. Sein Andenken wird uns heilig sein!

Sanitätsrat Dr. L. Laquer, Frankfurt a. M.

Psychologie und Sexualsymbolik der Märchen.

Von *Dr. Riklin*, Rheinau (Zürich).

Eigenbericht über den Vortrag an der schweiz. Psychiaterversammlung in der Waldau-Bern, 21. Mai 1907.

(Fortsetzung.)

Im Märchen vom „singenden springenden Löweneckerchen" (Grimm Nr. 88) hat wieder ein Mann eine große Reise vor und will seinen drei Töchtern ein Geschenk mitbringen. Die Jüngste verlangt in diesem Märchen „ein singendes springendes Löweneckerchen" (Lerche). Er sieht auf dem Heimweg nach langem Suchen eins auf einem Baume und will es von seinem Diener herabholen lassen. Da springt ein Löwe (Löweneckerchen — Löwe; einen derartigen Wortkalauer könnte sich ein Träumender oder Kranker mit Dementia präcox leisten; die Texte von Kinderliedern und Spielreimen tun es desgleichen) hervor, der droht, den Kaufmann zu fressen, weil er ihm sein singendes, springendes Löweneckerchen stehlen wollte. (Eine Dementia-präcox-Kranke pflegte mit sexueller Herausforderung dem Arzt auf der Visite zu sagen: „So kommst Du mit Deinem Vöglein; laß es doch heraus". Im Dialekt unserer Gegend ist der Penis der „Schnabel", das „Schnäbeli". „Vogeln" ist ein vulgärer Ausdruck für coitieren. Ich muß auf diese wenig salonfähige Sprache zurückkommen, um den angetretenen induktiven Beweis zu stützen.) Nichts könne ihn retten, als wenn er ihm, dem Löwen, zu eigen verspreche, was ihm daheim zuerst begegne; „willst Du das aber tun, so schenke ich Dir das Leben und den Vogel für Deine Tochter obendrein". Die Sache verhält sich dann zunächst wie im „Nußzweiglein". Der Löwe steht aber unter einem andern Zauber; er ist des Nachts ein Königssohn in menschlicher Gestalt, des Tags aber ist er in einen Löwen verzaubert. In einer Nacht wird darum Hochzeit gefeiert; des Tags schläft man gewöhnlich.

Der feindliche Zauber, welchem hier der Königssohn unterworfen war, hat eine besonders wichtige, das Symbol mit dem Darzustellenden verbindende, in ihrer mythologischen Entwickelung interessante Form.

In vielen Märchen erkennen wir sehr hübsch die erwähnte Freudsche Verlegungssymbolik, wie sie oben an einem Beispiel geschildert wurde.

Davon will ich nur einige von vielen erwähnen.

In „Bärchen und die drei Ritter"*) kauft die kinderlose Frau auf Befehl des Mannes zwei Rübchen. Eines essen sie auf, das zweite legen sie in den Ofen, um es zu trocknen. Nach einer Weile ruft ein Stimmchen: „Mütterchen, mach auf, hier ist es zu heiß". Die Alte öffnet die Ofenklappe, da liegt ein lebendes Mädchen in der Ofenröhre. „Was ist das?" fragt die Alte. „Ach Väterchen, Gott schenkt uns ein Kind". Sie heißen es Rübchen.

Das Rübchen verirrt sich später beim Beerensuchen mit anderen Mädchen in einem dichten finstern Wald; sie sehen ein Hüttchen und darinnen sitzt ein Bär. Er bringt Brei und sagt: „Esset, schöne Mägdelein, wer nicht ißt, muß meine Frau sein". Die Mädchen essen alle, außer Rübchen, und werden entlassen, Rübchen aber zurückbehalten. Rübchen aber wird immer dicker, kann eines Tages entfliehen, und bekommt zu Hause bald einen Sohn, halb Mensch, halb Bär, den sie Iwaschko, Bärchen taufen. Der wächst nicht nach Jahren, sondern nach Stunden (wie oft die Märchenhelden), vollbringt herkulische Taten, um schließlich ein Mädchen, das von der großen Hexe in der Unterwelt gefangen gehalten wird, zu erlösen.

Der Anfang vom Märchen mit dem Rübenessen und der Inkubation im Ofenrohr (Uterus) könnte wohl aus einem Traum stammen. Daß zwei Rübchen sind statt einem, entspricht einer Traumeigentümlichkeit, es handelt sich darum, Befruchtung und Schwangerschaft in eine Situation zu vereinigen. Die Rübe wird auch bei unsern Bauern in derben Witzen als Symbol des männlichen Kopulationsorgans verwendet.

Hier, wie in den meisten Märchen, in denen die Befruchtungssymbolik mit Verlegung vorkommt, wird erzählt von einem alten, kinderlosen Ehepaar, das dann ein Wunderkind bekommt. Beispiele dafür und für die Befruchtung mit Verlegungssymbolik weist ja auch die Bibel auf: Simson, Joh. der Täufer, Verkündigung, Eva im Paradies. Ein Beispiel mit Verlegung aus der griechischen Mythologie: Kore in der Unterwelt ißt den Granatkern!

„Rapunzel" (Grimm Nr. 12).

Ein Mann und eine Frau wünschen sich schon lange ein Kind. Hinter dem Haus ist ein prächtiger, hoch ummauerter Krautgarten, in welchen sie von einem Fensterchen aus sehen können. Er gehört aber einer gefürchteten Hexe. Die Frau sieht im Garten ein wunderschönes Rapunzelbeet. Sie empfindet

*) Alex. Afanassiew, Russische Volksmärchen. Deutsch von Anna Meyer, Wien 1906. C. W. Stern.

nun ein ganz unstillbares Verlangen, Rapunzeln zu essen, so daß sie abnimmt und ganz elend aussieht und dem Mann auf sein bekümmertes Fragen antwortet: „Ach, wenn ich keine Rapunzeln aus dem Garten hinter unserem Haus zu essen kriege, so sterbe ich". Nun steigt der Mann in den Garten der Zauberin, koste es was es wolle, sticht Rapunzeln aus und bringt sie der Frau; diese macht sogleich Salat daraus und ißt ihn voller Begierde auf.

Die Zauberin verlangt nachher von dem Mann, daß er ihr für die Rapunzeln das Kind gebe, welches die Frau gebären werde. Nach der Geburt kommt die Zauberin sofort, um das Kind zu holen, und nennt es Rapunzel. Die weiteren Schicksale Rapunzels mit dem langen Haar und die endliche Rettung durch einen Prinzen berühren uns hier weiter nicht mehr.

„Wassilissa mit dem Goldzopf und Iwan aus der Erbse" (Afanassiew — A. Meyer Nr. 26 p. 130). In prachtvoller Sprache erzählt uns dieses Märchen von der wunderschönen Wassilissa, die sich in ihrem Turme langweilt und deren Herz Schwermut drückt, bis ihr Vater, der Zar Swietosar sie vorbereitet, daß sie sich unter den vielen königlichen Freiern einen wählen müsse. Sie darf jetzt auch zum ersten Mal spazieren und sucht Blumen. Sie trägt ihr Gesicht frei; ohne Schutz ist ihre Schönheit. Von ihrem Gefolge sich arglos ein wenig entfernend, wird sie von einem gewaltigen Sturm fortgetragen, bis ins Land des grausamen Drachen. Ihre zwei Brüder, die sie suchen, und auf weiten Reisen bis zum Zauberschloß der gefangenen Wassilissa gelangen, werden von diesem getötet. Wassilissa mit dem Goldhaar aber sinnt trotzdem auf Rettung, und durch Schmeicheleien lockt sie aus dem Drachen das Geheimnis, daß kein Gegner lebe, der stärker sei als er. Aber spottend fügt er hinzu, bei seiner Geburt sei ihm geweissagt worden, sein Gegner heiße Iwan-Erbse. Die trauernde Mutter der schönen Wassilissa geht nun einst mit den Bojarinnen im Garten spazieren: der Tag ist heiß und sie will trinken. In dem Garten bricht aus dem Abhang eines Hügels ein Strahl Quellwasser hervor, den fängt eine weiße Marmormulde auf. Sie schöpft mit einer Kelle das tränenhelle, reine Wasser und trinkt hastig, dabei schluckt sie plötzlich eine Erbse. Die Erbse quillt und der Zariza wird es schwer zumute. Die Erbse wächst und wächst und die Zariza trägt schwer an ihr.

Nach einiger Zeit bekommt sie einen Sohn, Iwan aus der Erbse, der wächst nach Stunden statt nach Jahren und ist mit zehn Jahren ein ganzer Ritter, von ungeheurer Kraft, der den Drachen überwindet, Wassilissa rettet usw.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— 79. **Generalversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz** am 15. Juni 1907. Anwesend: 52 Mitglieder. Am Vorstandstisch: Pelman, Oebecke, Umpfenbach.

Nach Erledigung der geschäftlichen Angelegenheiten, demonstriert

1. Herr A. Westphal an vier Fällen von katatonischem Stupor ein bisher noch nicht beschriebenes Pupillenphänomen. Es handelt sich um Veränderungen a) der Form der Pupillen. Letztere verziehen sich bald queroval, bald birnförmig, bald längsoval oder sie nehmen eine unregelmäßige Form an; b) sind auch sämtliche Reaktionen zeitweise beeinträchtigt. Die eben noch prompt reagierende Pupille erscheint im nächsten Moment fast starr, um sich wenige Augenblicke später vielleicht schon wieder sehr intensiv auf einen Lichtreiz zu verengern. Um reflektorische Starre handelt es sich aber nicht. (Genaueres s. Deutsche med. Wochenschrift 1907.)

2. Herr Thomsen: Dementia praecox (Katatonie) und manisch-depressives Irresein. (Ein Referat.) Der Vortr. betont zunächst, wie wichtig die frühzeitige Unterscheidung beider Krankheitsformen ist, besonders bei der von Kraepelin und seinen Schülern so stark betonten Verschiedenheit derselben nach Wesen und Ausgang. Besonders in praktischer Beziehung wichtig ist es, bei einem der ersten Lebenshälfte angehörenden Irresein recht bald zu erkennen, welche von beiden Krankheiten vorliegt, da man nicht jedesmal abwarten kann, was der weitere Verlauf und die Diagnose ergibt. Die differentialdiagnostische Scheidung ist oft sehr schwierig, da die unterscheidenden theoretischen Verschiedenheiten sowohl bei der Exaltation (Verschiedenheit der Erregung, Stimmung, Ideengang etc.), als bei der Depression (Willenssperrung und -Hemmung, Stärke, Dauer und Inhalt der Depression, der Differenzierung der Wahnideen etc.) oft im Stich lassen. Der „katatonische Symptomen-Komplex" kann zur Begründung der Diagnose Katatonie nur bedingungsweise, d. h. bei vollständiger Ausbildung benutzt werden, da er auch bei manisch-depressivem Irresein, besonders im ersten Anfall, in recht ausgesprochener Weise vorhanden sein kann. Die Differentialdiagnose ist tatsächlich oft recht schwierig und bei einzelnen Fällen oft erst möglich bei längerer Beobachtung unter Hinzuziehung der Anamnese und des Verlaufes. Der Vortr. weist bei dieser Gelegenheit darauf hin, daß trotz

aller Vorzüge der Kraepelinschen Darstellungen doch für den Einzelfall prognostisch nicht sehr viel gegen früher gewonnen sei, zumal da doch auch in den Fällen von „Dementia praecox" sehr zahlreiche Beobachtungen von Heilung im praktischen Sinne vorliegen. Er verwirft die Bezeichnung „Dementia praecox" (nicht den Begriff und die Untergruppen!), und möchte statt dieser Bezeichnung die der „Katatoniegruppe" wieder eingeführt wissen. Er bezieht sich im übrigen in seinen Ausführungen überall nur auf Fälle, welche in der ersten Lebenshälfte auftreten; die Spätfälle will er gesonderter Auffassung und Besprechung vorbehalten. (Der Vortrag wird in der Lährschen Zeitschrift veröffentlicht werden.)

(Eigenbericht.)

Diskussion: Herr Aschaffenburg (Cöln): Die Aufstellung des Begriffes Dem. praecox sei praktisch und theoretisch nicht so unrichtig, wie es nach den Ausführungen Thomsens scheinen könnte. Genaue Beobachtung der Einzelsymptome (besonders des Affektlebens!) dürfte von großem Wert für die Differentialdiagnose sein. Abstumpfung des Gefühlslebens finde sich bei sorgfältiger Untersuchung auch bei denjenigen Fällen, die als „praktisch" geheilt bezeichnet würden. Herr Thomsen führt aus, daß ihm vor allem daran gelegen habe, die Tatsache der praktischen Heilung hervorzuheben.

3. Herr Aschaffenburg (Cöln): Die strafrechtliche Behandlung der Homosexualität. Es ist falsch, homosexuelles Empfinden und homosexuelle Betätigung zu verwechseln.

Der Anschauung Hirschfelds, das homosexuelle Empfinden sei angeboren, widerspricht Vortr. und glaubt, daß die psychischen Erscheinungen bei manchen männlichen Homosexuellen, welche sich schon in der Kindheit zeigten (Puppenspielen, Freude an Toiletten, Abneigung gegen wilde Spiele), entweder anerzogen sind oder Erinnerungsfälschungen darstellen. Die körperlichen Besonderheiten, welche nach Hirschfeld den Homosexuellen eigentümlich sind, hat Vortr. auch bei ausgesprochenen Heterosexuellen gefunden. Außerdem hat A. viele Homosexuelle untersucht, die an ihrem Körperbau auch nicht die geringste Abweichung von der Norm erkennen lassen. Auch die Heilbarkeit gleichgeschlechtlicher Neigungen spricht gegen die Theorie von dem Angeborensein derselben. Im gleichen Sinne ist wohl auch die Tatsache zu verwerten, daß die Homosexualität gezüchtet werden kann (Internate, Gefängnisse!).

Vortr. betrachtet die Homosexuellen als Psychopathen, auf die in der Jugend homosexuelle Einwirkungen stattgefunden haben.

Zum Schluß plädiert A. für Abschaffung des § 175 und empfiehlt als Ersatz die Einfügung eines anderen Paragraphen in das neue Strafgesetzbuch, durch den das jugendliche Alter solange geschützt wird, als das Wissen und Empfinden auf sexuellem Gebiete noch unklar ist. Als Altersgrenze empfiehlt er das 18. Lebensjahr.

Korreferent Herr Prof. Dr. jur. Heimberger-Bonn plädiert vom juristischen Standpunkt für die Aufhebung des § 175. Er führt aus, daß ebenso wie die widernatürliche Unzucht unter Männern verschiedene andere sexuelle Akte bestraft werden müßten. Juristisch ließe sich die Beibehaltung des § 175 in einem neuen Strafgesetz nicht begründen.

Auf Antrag des Herrn Ungar wird die Diskussion auf die nächste Sitzung vertagt.

4. Herr C. Gudden-Bonn: Über eine gewisse Form von Erinnerungslücken und deren Ersatz bei epileptischen Dämmerzuständen.

Die vom Vortr. beobachtete Pat., welche sich während des Delirs in einem schnell wechselnden Bewußtseinszustand befand, im ganzen aber doch den Eindruck einer bewußt handelnden Person vortäuschen konnte, hatte später ausschließlich eine Erinnerung an die Momente, in denen sie anscheinend bei klarem Bewußtsein war und wo sie ihrem Grundcharakter entsprechende Äußerungen und Handlungen begangen hatte. Für die auffälligen Vorkommnisse und Worte, welche ihrem normalen Denken widersprachen und während derer sie auch einen krankhaften Eindruck gemacht hatte, fehlte jede Erinnerung. Die Versuche, ihr zum Bewußtsein kommende, ihr fremde Tatsachen zu korrigieren, waren zweckentsprechende, die Versuche, sie zu erklären, trugen den Stempel objektiver Unwahrheit an sich, sie waren aber in der psychologisch notwendigen Absicht unternommen, einen Ausgleich zwischen dem normalen Denken und Fühlen und krankhaftem unbewußten Handeln herbeizuführen. (Aus einem Autoreferat.)

Hübner-Bonn.

— Über die **neueste psychische Epidemie** wird der Vossischen Zeitung vom 30. Juli 1907 aus Kassel geschrieben: „Sonderbare Erscheinungen im religiösen Leben der Stadt Kassel und des Nachbarstädtchens Großalmerode, die sich seit einiger Zeit bemerkbar machen, erregen hier berechtigtes Aufsehen. Im Kasseler „Blauen-Kreuzhause" werden seit etwa vier Wochen täglich religiöse Versammlungen veranstaltet, deren Formen wohl nicht nur hier, sondern für weiteste Kreise des evangelischen Deutschlands etwas Neues und Unerhörtes bedeuten. Es handelt sich um Strömungen, die zu einer gewissen Stufe des Urchristentums zurückzuführen scheinen. „Erleuchtungen", „Verzückungszustände" und das sogenannte „Zungenreden" sind bei den gemeinschaftlichen Übungen die wesentlichsten Momente. Ein Rausch, eine religiöse Ekstase bemächtigt sich der Versammlungsteilnehmer. Mit Gesängen, lauten Sündenbekenntnissen und Bußreden mischen sich unartikulierte Töne, wildes Stammeln, Stöhnen, Schreien. Man erblickt verzerrte Gesichter, rasende Geberden, Menschen, die wie ohnmächtig zu Boden sinken und halbbewußtlos um sich schlagen. Irgend jemand springt plötzlich auf und stößt unverständliche Rufe aus, die der Versammlungsleiter dann als Ausfluß überirdischer Erleuchtung deutet. Ein lauter Jubel erhebt sich, man wirft sich auf die Knie, umarmt sich, Geständnisse entringen sich den bebenden Lippen, Frauen behaupten, Visionen zu haben, die Erregung erreicht ihren Höhepunkt. Das Ganze bietet ein sinnverwirrendes Bild, man könnte glauben, lauter Hypnotisierte vor sich zu sehen. Die merkwürdige Bewegung ist von Kassel ausgegangen.

Sie wird von zwei in der inneren Mission beamteten Herren gefördert und bei den Zusammenkünften spielen zwei angeblich mit besonderen religiösen Kräften ausgestattete Schwedinnen eine führende Rolle. Wie mächtig der religiöse Wahnsinn um sich greift, beweist die Tatsache, daß man bereits in Nachbarorten das Kasseler Beispiel nachahmt. Sehr drastisch ist die Schilderung einer Versammlung in Großalmerode, die das „Witzenhäuser Kreisblatt" enthält. Da heißt es unter anderem: „Der Versammlung hatte sich schon von vornherein eine gewisse Erregung bemächtigt. Nach gemeinsamem Gesang eines Liedes springt plötzlich ein junger Mann auf, unter wilden Gebeıden und verzerrten Mienen unartikulierte Laute ausstoßend. Der Geistliche nähert sich dem Jüngling und teilt dann der Gemeinde mit, daß der Herr spreche und der Herr nahe sei! Händeklatschen, Niederknien, Rufen und Schreien sind die Zeichen des Beifalls und der inneren Ergriffenheit der Versammlung. Einzelne glauben das Blut Christi fließen zu sehen, Frauen umarmen sich unter dem Rufe: Ich habe den Herrn Jesum gewonnen! Der Geistliche betet: Herr, lasse alle niederknieen und wer es nicht tut, den weise hinaus! Die Aufforderung wird allseitig befolgt. Einer nur macht eine Ausnahme. Wilde Rufe: Hinaus! hinaus! ertönen und nachdem der Mann sich entfernt hat, heißt es: Nun ist der Teufel draußen! Die Menge ist gleichsam fanatisiert und in dieser religiösen Verzückung ereignen sich die wunderlichsten Dinge." In einer anderen Versammlung in Großalmerode legte ein Mann Kragen und Manschetten auf das Podium, „um dem Luxus zu entsagen", Mädchen entledigten sich aus dem gleichen Grunde der Hüte und die Bekehrten faßten einander an und tanzten! Und das Abend für Abend bis spät nach Mitternacht! Die Versammlungen in Kassel und Großalmerode sind hauptsächlich von Mindergebildeten besucht, doch machen sich die Einwirkungen der wahnwitzigen Bewegung auch in anderen Kreisen bemerkbar. Das stärkste Kontingent der Versammlungsteilnehmer stellt die Landbevölkerung. Aus Ober- und Niederhessen strömen die Bauern in großer Zahl herbei, um hier Zeichen und Wunder zu sehen Befremdlich ist, daß alle diese Dinge sich bisher öffentlich abspielen konnten, ohne daß diesem Unfuge irgendwie gesteuert wurde."

Nach weiteren Nachrichten kam es in den ersten Tagen des August bei diesen Versammlungen zu schweren Ausschreitungen und wechselseitigen Schlägereien. Infolgedessen sind die Versammlungen polizeilich verboten worden.

Der „Frankfurter Zeitung" vom 3. August 1907 entnehmen wir über diese psychische Epidemie noch folgendes:

„Kassel, 31. Juli. Die schon geschilderten Versammlungen im Vereinshaus des „Blauen Kreuzes" finden unter großem Andrang des Publikums aus den umliegenden Ortschaften und aus der arbeitenden Bevölkerung Kassels — meist sind es Frauen und Mädchen — in Ärgernis erregender Weise noch jeden Abend statt. Die sich vor dem Versammlungshaus zu Hunderten ansammelnde Menge empfängt die Eintretenden mit Johlen und Pfeifen. Schutzleute können nur mit Mühe die Ordnung aufrecht erhalten. Der Leiter des „Blauen Kreuzes" ist ein hiesiger Geistlicher. Er hat sich noch nicht veranlaßt gefühlt, dem Unfug ein Ende zu machen. — Ähnlich schreibt unser -a-Korrespondent: Die Versammlungen haben den Charakter fanatisierter Schwarmgeisterei angenommen. Turbulente Szenen vor dem Versammlungsgebäude machten schon das Einschreiten der Polizei nötig. Um den Eintritt zu erlangen, entwickeln sich förmliche Kämpfe. Hat ein Trupp glücklich sich Eintritt erlangt, so sieht man, wie er nach kurzer Zeit wieder hinausbefördert wird, weil die Frommen in ihm keine Freunde, sondern Störenfiiede vermuten. Man kann sich vorstellen, wie erbaut die Anwohner jener Straßengegend von dieser Wirkung der „Heilsversammlungen" sind, die sich bis in die Nacht ausdehnen.

Kassel, 2. August. Etwa 800 bis 1000 Personen hatten sich gestern Abend wieder vor dem Vereinshaus des „Blauen Kreuzes" eingefunden und begleiteten die aus der Versammlung Heimkehrenden lärmend durch verschiedene Straßen. Die Polizei mußte einschreiten und Sistierungen vornehmen. Heute erläßt der Vorstand des Blaukreuzvereins folgende Erklärung: „Die in letzter Zeit im Blaukreuzhaus abgehaltenen Versammlungen sind nicht vom Blaukreuzverein veranstaltet. Der Verein hat nur den Saal zu den betreffenden Versammlungen, die mit dem gestrigen Abend ihr Ende erreicht haben, vermietet." Post festum hat sich endlich das Konsistorium dazu entschlossen, von den Kanzeln aus die Bevölkerung vor der Teilnahme an den Versammlungen warnen zu lassen. In einer Protestversammlung zu Großalmerode hat Dr. med. Aßmann gegen das allzulaue Verhalten der kirchlichen Behörde gegenüber der Bewegung Stellung genommen.

Wir meinen, daß bei dieser psychischen Epidemie und geistigen Massenstörung für die öffentliche Gesundheitsbehörde die Verpflichtung einzuschreiten, offen vorlag. (Fortsetzung folgt.)

Personalnachrichten.

— **Sigmaringen.** Dr. Bilharz ist am 1. Juli nach 25jähriger Tätigkeit als Direktor des Fürst-Karl-Landesspitals, hier, in den Ruhestand getreten und hat bei dieser Gelegenheit den Titel als Geh. San.-Rat erhalten.

— **Greifswald.** Dr. von Voss habilitierte sich für Psychiatrie.

— **Halle a. S.** Dr. Siefert habilitierte sich für Psychiatrie.

— **Giessen.** Prof. Sommer hat anläßlich des Jubiläums der Universität das Ritterkreuz I. Kl. des Philippsordens erhalten. Priv.-Doz. Dr. Dannemann ist zum außerordentlichen Professor ernannt worden.

— **Wuhlgarten.** Dr. Segaloff ist hier als Volontärarzt eingetreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 24. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft in Stärke von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Kgl. Württ. Heilanstalt Zwiefalten.

An der hiesigen Anstalt ist sofort eine

Assistenzarztstelle

(6. Arzt) zu besetzen. Anfangsgehalt bei völlig freier Station und Verpflegung I. Klasse 1900 M. jährlich und außerdem 200 M. Getränkeentschädigung. Bewerbungen sind mit Zeugnissen belegt bei der Direktion einzureichen.

Bekanntmachung.

An der **Großherzoglich Badischen Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen** bei **Freiburg im Breisgau** können noch zwei

Hilfsarztstellen

jederzeit besetzt werden. **Mitte September** wird auch eine

Medizinalpraktikantenstelle

frei. Anfangsgehalt der **Hilfsärzte 2000 M.** bei **freier Station I. Klasse.** Regelmäßige jährliche **Gehaltszulagen.** Dem Medizinalpraktikanten wird außer der freien Station I. Klasse eine jährliche Vergütung von **900 M.** gewährt.

Meldungen an die Direktion.

Erledigte

Assistenzarztstellen.

An der K. Heilanstalt Winnental sind baldmöglichst 2 Assistenzarztstellen zu besetzen. Anfänglicher Jahresgehalt 1800 M. bei freier Station. Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnissen belegt sieht entgegen die

K. Anstaltdirektion: Dr. Kreuser.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Der Warenhausdiebstahl.

Von

Dr. med. **Leopold Laquer,**

Nervenarzt in Frankfurt a. M.

Preis M. 1,—

Kurhaus für Nerven- und Gemüthskranke

von Dr. Richard Fischer

Neckargemünd bei Heidelberg.

Comfortabel eingerichtete Heilanstalt in schönster Lage des Neckarthales, in unmittelbarer Nähe des Waldes und ausgestattet nach allen Anforderungen der modernen Psychiatrie — Gegründet 1898. Prospekte frei durch die Direktion.

Neuronal

(Bromdiaethylacetamid D. R.-P.)

Bewährtes, unschädliches **Hypnoticum** in Gaben von 0,5—1,0—2,0 g.
Ausgezeichnetes **Sedativum** und Ersatz der Bromsalze in Gaben von 1—2—3 g. pro die
Antiepilepticum 3 mal täglich 0,5 g.
Analgeticum bei epileptischem Kopfweh 0,5 g.
Neuronal-Tabletten zu 0,5 g.

Neurofebrin (**Neuronal-Antifebrin ana**). Hervorragende Erfolge bei nervösem Kopfschmerz, Migräne und den Unruhezuständen der Frauen zur Zeit der Menses.
Neurofebrin-Tabletten zu 0,5 g. 937

Orexin	Jodol	Hetol
echtes Stomachicum **Orexin-Tabletten** und **Orexin-Chocol.-Tabletten.**	Bester Jodoform-Ersatz **Menthol-Jodol.**	**Hetol-Injektionen.**

Litteratur durch: **Kalle & Co. A.-G., Biebrich a. Rh.**

Im Ctr. des vornehmsten W. Vorortes von Berlin, ist ein mit der **Konzession zum Betriebe einer Irrenanstalt** versehenes Grundstück (geeignetes Anstaltsgebäude mit grösserem Park) **baldmöglichst** unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre: **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

Dr. Warda, früher I. Assistenzarzt von Herrn Geheimrat Professor Dr. Binswanger in Jena, empfiehlt seine Heilanstalt für Nervenkranke

Villa Emilia

zu **Blankenburg** im Schwarzatal (Thüringen). Die Anstalt ist durch einen schönen und zweckmäßigen Neubau vergrößert und das ganze Jahr geöffnet. 987

Automobil (4 Cyl.)

12 HP Fafnirmotor, Phaeton, 4—5 Sitze mit Verdeck, ganz neu (Ansch.-Preis 7000 M.) billig zu verkaufen.
Näheres durch d. Exped. d. Bl. 1035

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Ueber die Nervosität der Frauen

und ihre Verhütung.

Von

Dr. **Weisswange,** Frauenarzt in Dresden.

Preis M. —,25.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 24. 7. September **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt.

Eine Entgegnung.

Von Hofrat Dr. *Friedländer*, Hohe Mark bei Frankfurt a. M.

Ich habe die Ausführungen des Herrn Kollegen Scholz in Nr. 21 dieser Zeitschrift mit großem Interesse gelesen; ein schmerzliches Gefühl beschlich mich, als ich diesem Zweifel, dieser Resignation eines Psychiaters begegnete. Und ich fragte mich: Hat der Autor recht? Wird kein Kranker in der Anstalt geheilt; ist der Titel Heilanstalt nur ein Aushängeschild, das irreführt und belügt; sind alle Bestrebungen, die darum kämpfen, die Aufnahme zu erleichtern, töricht, zwecklos; ist aus Lehrbüchern, klinischen Vorlesungen und Anstalten das Kapitel Therapie zu streichen, sind wir alle, die wir den Titel Psychiater, Seelenärzte, Heiler der kranken Seele führen, nichts anderes als Pfleger, Wärter, Oberwärter je nach unserer Erfahrung? Ich wage, alle diese Fragen zu verneinen. Kritik üben halte ich für eines der besten Mittel, den Fortschritt zu fördern. Und ich glaube, daß sehr viele von uns Herrn Scholz in manchen Punkten beipflichten. Nicht aber in seinen Schlußfolgerungen, nicht in seiner „unzulässigen Verallgemeinerung". In dieser zur absoluten Negation kommenden Kritik, in diesem Nihilismus, der unsere psychiatrische Jugend entmutigen, der nicht abzusehenden Schaden beim großen Publikum stiften, der auf unsere Kranken unheilvoll suggestiv wirken könnte, sehe ich eine Gefahr; und dies ist der einzige Grund, warum ich zu den Ausführungen des verehrten Herrn Autors Stellung nehme. Der einzige Grund — denn so wenig ich annehme, daß der größte Teil der Psychiater der Meinung des Herrn Kollegen Scholz ist, so wenig glaube ich, ihn zu meiner Meinung bekehren zu können. Eine Kontroverse zwischen uns beiden hat keinen Wert, denn unsere Anschauungen (die doch auf unseren beiderseitigen entgegengesetzten therapeutischen Erfahrungen fußen müssen) sind die von Antipoden. Ich wende mich darum nicht gegen den Herrn Kollegen, ich wende mich an den gleichen Kreis, an den er sich wandte, in welchem doch einige sein könnten, die das Fehlen des Widerspruchs als Zustimmung deuten.

Recht hat der Verfasser, wenn er an die Mängel der Prognose und Diagnose erinnert. Betrachtet er aber unsere Lehrbücher (ich erinnere nur an eines — das von Kräpelin), dann merkt er das ehrliche Ringen nach Erkenntnis, merkt die Zunahme des psychologischen Wissens, die verfeinerte Beobachtung, die wachsende Fähigkeit, die Krankheitsbilder zu umgrenzen, und genügend ernst zu nehmende Fortschritte in der Therapie.

Recht hat er, wenn er sagt, wir kennen die Bedingungen der Genesung nicht; unbedingt Recht hat er, wenn er der Prophylaxe die erste Stellung im ärztlichen Handeln anweist.

Unrecht aber hat er, wenn er glaubt, die alte Psychiatrie, die mit Zwangsmitteln arbeitete, habe die Kranken auch (soll also wohl heißen, ebenso oft, oder ebenso nicht) geheilt, wie die moderne.

Wenn der Umstand, daß es unheilbare Psychosen gibt, uns veranlaßte, die gesamte Psychiatrie nur als die Lehre von guter Pflege und Bewahrung aufzufassen, dann täten wir besser, einen dankbareren Beruf zu ergreifen und der Staat täte besser, die Hunderte von Millionen, die er für Anstalten verausgabt, besseren Zwecken zuzuführen, denn alle Anstalten können der Meinung des Verfassers nach nicht einen Kranken heilen.

Der Bettbehandlung prophezeiht er, wenn nicht Untergang, so wesentliche Modifikation. Was aber hat die Heilanstalten für Kranksinnige erst zu vollwertigen Krankenhäusern gemacht, was nimmt ihnen die Schrecken des Irrenhauses —?; die Erkenntnis, daß ein akuter Geisteskranker, wie ein an einer anderen akuten Krankheit Leidender ins Bett gehört. Nicht

zum Faulenzen dient die Bettruhe — zur Ruhigstellung des erkrankten Organismus, des leidenden Gehirns, zur Sparung der Kräfte usw. Hier ist der Arzt nicht der Sorgende, Pflegende, hier wirkt er bereits heilend. Nicht faulenzen soll der Kranke im Bett, ruhen soll er; abgelenkt soll er werden, wenn er Ablenkung zugänglich ist, durch geschultes Pflegepersonal, durch entsprechende Arbeitstherapie, die ihm, auch zu Bette liegend, zuteil werden muß.

Und die Bäderbehandlung, die der Herr Verfasser mit einem Worte abtut? Dieselbe bedeutet wohl auch nur ein Faullenzen im Wasser? Trotz des Widerspruchs des Herrn Verfassers wage ich zu behaupten: Hundertfältig, nein tausendfältig sind die Erfahrungen, die dahin gehen, daß erregte Kranke, im Wachtsaal zu Bette gebracht, ruhig wurden, daß die protrahierten Bäder Menschen, bei denen die stärksten Hypnotica versagten, Schlaf gaben, Beruhigung und Heilung erzielten. Wer dagegen hält, daß diese Kranken ebenso schnell in der Familie, ja „gebunden im Spritzenhaus" geheilt worden wären, der kann das Gleiche von allen andern (nicht äußerlich oder chirurgisch) Kranken behaupten. Dieser Kritiker wäre nicht zu widerlegen. Mit demselben Rechte kann ich den Krankenhäusern für innere Kranke vorwerfen: Ein Mensch, der eine Lungenentzündung hat, wird gesund, wenn er gesunden soll und stirbt trotz aller Behandlung, wenn er sterben soll — oder am Ende vielleicht wegen der Behandlung!? Dann aber finde ich auch den § 51 des St. G. B. überflüssig; finde die Bemühung der Psychiater mit Gutachten überflüssig; und sehe keine Gefahr für die Geisteskranken, ob sie ins Zuchthaus oder in die Irrenanstalt kommen. Denn, wenn sie an einer heilbaren Krankheit leiden, werden sie da wie dort gesund — und im ersteren kosten sie dem Staate viel weniger.

Ich bin mir der Übertreibung bewußt, der ich mich an dieser Stelle schuldig mache. Der Laie aber, der den Scholzschen Ansichten folgt, kommt eines Tages ganz gewiß zu jener Schlußfolgerung, ohne sich der Übertreibung noch bewußt zu bleiben. Der selbstmordgefährliche Melancholiker wird in der Anstalt vor dem Selbstmord bewahrt; seine Krankheit weicht, er ist der Familie, seinem Beruf wiedergegeben. Er wäre (vielleicht) auch außerhalb der Anstalt genesen — aber der Selbstmord hätte der Genesung vorgegriffen. Ist das nur Pflege? Dann will ich nicht um Worte streiten. Ich meine, einen Menschen vor dem Tode bewahren, ob durch Pflege, ob durch andere Mittel, heißt eben therapeutisch handeln.

Oder der Gewohnheitstrinker? Leugnet Herr Kollege Scholz die Möglichkeit, den Alkoholismus durch Anstaltsbehandlung heilen zu können? Dann möge er bei jenen anfragen, die eine weniger entmutigende Statistik haben als er, und keinesfalls dagegen ins Feld führen, daß viele Alkoholisten, die als geheilt entlassen wurden, rückfällig werden; denn viele werden eben nicht rückfällig und damit nützliche Mitglieder der Gesellschaft.

Und die geistig Minderwerten? Wird keiner von ihnen soweit diszipliniert, durch die psychische Behandlung beeinflußt, daß sie einem Berufe zugeführt werden und damit, ohne jeden Optimismus, als geheilt oder weitgehend gebessert angesehen werden können?

Ich wiederhole: meine Ausführungen werden Herrn Kollegen Scholz nicht überzeugen. Aber eine Frage möchte ich an ihn richten. Was hält er von der Arbeitstherapie und von der psychischen Behandlung, die er mit keinem Worte erwähnt? Wenn auch davon nichts, oder wenn auch diese nur besserer Pflegerdienst sind, dann strecke ich die Waffen.

Vorher möchte ich aber noch kurz einige Fälle skizzieren: Ein junges Mädchen, das wegen paranoischer (!) Zustände als unheilbar in einer Anstalt lebte, wird durch suggestive eingehende Behandlung gesund — Heilung vor zehn Jahren, bis heute andauernd!

Eine Kranke, an schwerster Hysterie leidend, durch mehr als 22 Jahre ans Bett gefesselt (außerhalb der Anstalt), kommt in die Anstalt und wird nach 1½ jähriger Behandlung vollkommen gesund und arbeitsfähig.

Eine an schwerer Melancholie Leidende, die außerhalb der Anstalt von den verschiedensten Ärzten behandelt wurde, kommt in die Anstalt und wird nach dreimonatiger Behandlung gesund entlassen, ist gesund geblieben.

Ich freue mich, erklären zu können, daß ich aus meiner eigenen Erfahrung und der meiner Kollegen solcher Fälle eine Zahl berichten könnte, die den Rahmen des mir zur Verfügung stehenden Raumes weit überschreiten würde. Unsere Anstalten sind mehr wie „Pflegehäuser" und wir leisten mehr wie „Pflegedienst". Unsere Anstalten sind — Gott und der Wissenschaft sei Dank, mehr als „ein Zufluchtsort und Heim für unglückliche Menschen" — — dies möchte ich vor allem den Kranken zurufen, die ohne diesglauben, geisteskrank werden sei gleichbedeutend mit aufgegeben sein. Und ich denke nicht in erster Linie an Medikation, nicht an Bett — nicht an Bäder — nicht an Freiluftbehandlung — denn all dies könnte zur Pflege gerechnet werden im Sinne

des Herrn Kollegen Scholz — ich denke an die psychische Therapie, an die hingebende, eingehende, individualisierende — eben an die psychiatrische Behandlung, die Triumphe feiert, allerdings nur dort, wo der einzelne Arzt die Möglichkeit hat, sich weniger als Hunderten von Kranken widmen zu müssen, die er naturgemäß nicht individuell behandeln kann.

Ich begrüße noch einmal die Kritik des Herrn Kollegen Scholz; denn um jene Wissenschaft steht es schlecht, die solche nicht verträgt; aber so lange die Majorität der Psychiater Herrn Scholz nicht beitritt, so lange muß ich seine Erfahrungen als für ihn sehr schmerzlich betrachten, die aber noch nicht die Berechtigung geben, über unsere Lebensarbeit, soweit diese die Therapie betrifft, den Stab zu brechen.

Ich wenigstens sehe in bloßem Pflegedienst für den Arzt keine „genügend hohe Aufgabe".

Ich glaube, gleich Herrn Kollegen Scholz, daran, daß unserm Wissen noch große Mängel anhaften (welchem Wissen nicht?), ich glaube, gleich ihm, daß die Möglichkeit besteht, daß neue Entdeckungen „die Therapie in ungeahnte Bahnen lenken werden". Ich glaube, gleich ihm, daß es (leider sehr zahlreiche) unheilbare Krankheiten (aber nicht nur unheilbare Geisteskrankheiten) gibt, ich glaube aber fest, daß wir direkt heilend einwirken können. Ich glaube vorerst noch an die Psychiatrie und an die psychiatrische Therapie.

Psychologie und Sexualsymbolik der Märchen.

Von *Dr. Riklin*, Rheinau (Zürich).

Eigenbericht über den Vortrag an der schweiz. Psychiaterversammlung in der Waldau-Bern, 21. Mai 1907.

(Schluß.)

Noch von einer ganz anderen Seite aus soll zum Schluß noch ein Stück Freudscher Psychologie an einigen Märchen gezeigt werden.

Im soeben erschienenen ersten Heft der „Schriften zur angewandten Seelenkunde" untersucht Freud als Paradigma, wohl um zu zeigen, wie sehr die Phantasie des wahren Dichters den von ihm entdeckten Gesetzen folgt, und wie er näher an der Quelle der Wahrheit sitzt, als wir mit unseren mühsamen Methoden und wissenschaftlichen Vorurteilen, eine „Pompejanische Phantasie" von W. Jensen, betitelt „Gradiva".

Ein junger, deutscher Archäologe, Norbert Hanold, hat in einer antiken Sammlung Roms ein Reliefbild entdeckt, das ihn ausnehmend anzieht und von dem er sich einen Abguß verschafft. Es stellt ein schreitendes, reifes Mädchen mit einem durch Schönheit auffallenden Gang dar. Er weiß nicht, warum ihn diese Darstellung so besonders fesselt; er beschäftigt sich ganz mit dem Relief, und sucht zum Beispiele, ob überhaupt im Leben dieser Gang vorkommt. Dann hat er einen Angsttraum, der ihn in das alte Pompeji versetzt und ihn zum Augenzeugen des Untergangs dieser Stadt macht. Plötzlich sieht er in geringer Entfernung vor sich dieses Mädchen, das er im Relief Gradiva, die Schreitende, genannt hat, wie sie hinschreitend bei seinem Warnungsruf den Blick ihm zuwendet, um nachher sich auf die Treppenstufe des Porticus des Jupitertempels hinzulegen und blasser werdend sich in weißen Marmor zu wandeln und schlafend vom Aschenregen begraben zu werden. Es geht ihm auf einmal als natürlich auf, daß sie Pompejanerin sei, und ohne daß er es geahnt, gleichzeitig mit ihm in seiner Vaterstadt lebe. Der Traum wirkt nach; unter irgend einem wissenschaftlichen Vorwand, während ihm das wahre Motiv nicht bewußt wird, macht er eine Reise nach Italien, in Rom und Italien keine Befriedigung findend, angeekelt durch die vielen deutschen Hochzeitsreisenden, bis es ihn nach Pompeji treibt. Dort begegnet er (ich skizziere hier nur in gröbster Weise die psychologisch ungemein feine Darstellung) in der geistergeweihten Mittagstunde der lebenden Gradiva, die in Wirklichkeit Zoë Bertgang heißt, eine Jugendgespielin von ihm ist und in seiner Vaterstadt, in seiner Nähe wohnt, ohne von ihm, der sich, ganz vom lebenden Weiblichen abgewendet, in die Archäologie geflüchtet hatte, jemals bewußt beachtet worden zu sein, während aus dem Unbewußten heraus dieser alte Komplex sich in stärkster Weise bemerkbar macht, z. B. gerade durch dieses unerklärliche Interesse am Relief; denn der schöne Gang und dessen Darstellerin Zoë Bertgang waren die unbewußte Ursache dieser Anziehung. Er lebt einen wahnhaften, dämmerigen Zustand, in dem er die wirkliche Zoë Bertgang für die in seinem Traum verschüttete, in dieser Stunde auf-

erstehende Gradiva hält und sie z. B. griechisch anredet. Zoë Bertgang, die ihr zugeteilte Rolle seines Wahns in natürlicher Weise übernehmend, sagt ihm bedeutungsvolle, an ihre Jugendzeit erinnernde Worte, bis er, nach allerhand psychologisch fein determinierten Symptomhandlungen, in ihr seine Jugendgespielin und die in archäologischer Verkleidung ihn unbewußt von neuem Fesselnde wieder erkennt und dem Leben und der Liebe gegeben wird.

Diese grobe Skizze der feinen Freudschen Analyse enthält u. a. Motive, die wir auch im Märchen finden, zwar in einer ganz andern ihm eigentümlichen Sprache.

Als Beispiel unter vielen ist erwähnenswert das Märchen „Die rechte Braut" aus der Sammlung Neu-Isländischer Volksmärchen von Frau Dr. A. Rittershaus (Nr. 27).

Ein König zieht zur Heerfahrt und sagt zu seiner Gattin beim Abschied, er werde sie töten, wenn sie bei seiner Rückkehr kein Kind hätte. Mit Hilfe einer alten Frau schön herausgeputzt, fährt sie ins Heerlager des Königs, der, ohne sie zu kennen, an ihr großen Gefallen findet und sie ins Zelt holen läßt. Heimlich ins Schloß zurückgekommen, gebiert sie dem heimkehrenden König ein Kind Isol und stirbt bald nachher. Isol findet einst am Strand in einem verzierten Kasten einen wunderschönen, kleinen Knaben, Tistram, den sie aufziehen will. Der Vater heiratet eine unholde schöne Frau. Isol und Tistram verloben sich. Die unholde Siefmutter läßt einst Isol durch ihre eigene Tochter, die schwarze Isota, in eine Grube locken, damit sie dort mit ihren beiden Kammermädchen verhungere. Sie entkommt, mittels einer Schere Stufen hackend, und begibt sich unerkannt, in verändertem Kleide und Antlitz an den Hof zurück, bei der Köchin unter dem Namen Naefrakolla Aufnahme findend. Tistram, der mit dem König ausgezogen war, fragt bei der Rückkehr nach seiner Braut. Nachdem er jedoch von der Königin einen Trank bekommen hat, vergißt er sie ganz und ist einverstanden, Isota die Schwarze zu heiraten. In der Nacht vor der Hochzeit gebiert diese heimlich ein Kind, und da sie nun nicht mit dem Bräutigam den üblichen Hochzeitsritt machen kann, wird ihm das Küchenmädchen Naefrakolla, bräutlich geschmückt, statt ihrer mitgegeben. Sie darf aber nicht mit Tistram sprechen. Wie sie an einer niedergebrannten Ruine vorbeikommen, sagt die Braut:

„Früher warst du strahlend auf der Erde,
Nun bist du schwarz von der Erde geworden,
O mein Haus."

Es handelt sich um ihr niedergebranntes Frauenhaus.

Beim Anblick eines Baches entschlüpfen Naefrakolla die Worte:

Hier läuft der Bach,
An dem Tistram und die blonde Isol
Ihre Liebe und Treue banden.
Er gab mir den Ring,
Ich gab ihm Handschuhe —
Gut kannst du dich des entsinnen.

Sie schreiten weiter und kommen schließlich an der Grube vorbei, in welche die Königin ihre Stieftochter gestürzt hatte. Nun sagt die vermeintliche Braut:

„Hier liegt Eya und Freya,
Meine beiden Kammermädchen.
Meine Schere ließ ich bei ihnen
Und ging so von den beiden Toten fort."

Bei all diesen Reden fragt Tistram seine Braut, was sie gesagt habe, doch niemals wird ihm geantwortet. Wie er nun abends schon auf seinem Lager liegt, und die schwarze Isota zu ihm ins Bett steigen will, wehrt er ihr und will erst wissen, was sie bei der Ruine gesagt habe. Die Braut muß also zu Naefrakolla gehen und diese fragen. Wie sie Tistram die Antwort gesagt hat, will er ihre Rede vom Bache wissen und schließlich die von der Grube. Die Braut muß trotz ihrer Erschöpfung immer wieder zu Naefrakolla laufen um sich bei ihr zu erkundigen. Sie wird darüber so böse, daß sie das Mädchen mit den härtesten Worten anfährt. Tistram, der ihr das dritte Mal nachgegangen ist, hört, wie sie in der Wut ihren Betrug selbst aufdeckt. Als sie in die Kammer zurückkehrt, tötet er sie mit dem Schwerte und durchbohrt dann gleichfalls ihre Mutter. Naefrakolla wird nun von ihm bedroht, die Wahrheit zu gestehen. Erst mit ihrer Erzählung kehrt ihm die Erinnerung an die blonde Isol zurück, und nun vermählt er sich mit ihr.

Es ist von besonderem Interesse, die erwähnte Untersuchung von Freud über W. Jensens Gradiva, soweit sie das Problem des Vergessens betrifft, mit diesem Märchen zu vergleichen.

Isol findet am Strand den schönen Knaben Tistram und zieht ihn auf, um sich später mit ihm zu verloben. Damit ist das Zusammensein in der Jugend gezeichnet, das Spielen und die Kinderliebe, wie sie andere ähnliche Märchen besonders ausmalen und wie es in Jensens Gradiva in seinem psychologischen Werte ausdrücklich hervorgehoben wird. Jensens Norbert Hanold entflieht aus dem Zauberreich der Liebe ins Gebiet der archäologischen Wissenschaft, für ihn bedeutet das dasselbe, was der

Zaubertrank des Vergessens für den Märchenhelden Tistram, wenn er ihm auch anscheinend nicht von einer unholden Nebenbuhlerin gereicht wird. Doch wir erfahren ja bei Jensen überhaupt nichts darüber. Was dann bei Jensen das Relief der Gradiva, seine pedestrischen Studien und die Erlebnisse in Pompeji bedeuten, das ist im Märchen von Isol der gemeinsame Ritt, bei welchem sie Tistram vergessene Erinnerungen wieder zu beleben sucht. Wunderschön ist auch der Widerstand im Märchen gemalt, welcher sich bei Tistram der Erinnerung entgegensetzt. Es ist in der materialistischen, figürlichen Märchensprache gezeichnet im Verbote, daß Isol nicht direkt mit Tistram sprechen darf und daher nur für sich jene Sprüche sagt. Das Relief der Gradiva und diese Sprüche bedeuten dasselbe, oder der Ausspruch der Gradiva: „Mir ist's, als hätten wir schon vor 2000 Jahren einmal so zusammen unser Brot gegessen." Gerade durch die falsche Braut, durch die er der wahren Liebe ferngerückt wird, muß er dann die richtige finden, ein psychologisches Moment, welches Freud in der erwähnten Arbeit so außerordentlich plastisch demonstriert. Diese Vergleiche haben natürlich auch für die übrigen Märchen mit dem Motiv des Vergessens Geltung. Mit dem Vergessenheitstrank sucht das Märchen in naiver Weise die volle Eingenommenheit durch den im gegenwärtigen Moment geliebten Gegenstand und die Amnesie für alles andere auf toxische Weise zu erklären, wodurch es in gewissem Sinne außerordentlich modern denkt.

Die eingangs erwähnte Untersuchung wird diese und eine Reihe anderer Märchenprobleme, die hier nicht oder nur unvollständig gestreift werden, ausführlich behandeln.

Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher als Verwaltungsfrage.

Von Oberarzt Dr. *von Kunowski* in Leubus.

In Nr. 19 dieser Zeitschrift fährt Näcke fort, die Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher ohne jede Rücksicht auf praktisch gegebene und unbedingt zu berücksichtigende Verhältnisse zu behandeln. Er meint, daß andere in dieser Frage Prinzipienreiterei trieben und liefert selbst rein akademische Erörterungen, die uns keinen Schritt weiter bringen. Er behauptet, daß die Adnexe an Strafanstalten nicht nur in Sachsen, sondern „speziell in Preußen recht zufriedenstellende Resultate ergeben" und deshalb Aussicht auf weitere Ausbreitung haben, und übersieht dabei, daß es in Preußen Adnexe an Strafanstalten zur Unterbringung geisteskranker Verbrecher nicht gibt und nicht geben kann. Die Strafanstalten unterstehen hier der Staatsregierung, die Unterbringung der Geisteskranken, einschließlich der geisteskranken Verbrecher, ist dagegen Sache der Provinzen (Landarmenverbände). Was hat bei solcher Sachlage die Empfehlung von Adnexen an Strafanstalten für einen praktischen Zweck? Vorbedingung dazu wäre es, daß erst einmal die Regierung bewogen würde, die Unterbringung der geisteskranken Verbrecher den Provinzen abzunehmen. Bestrebungen in dieser Richtung sind in der Tat im Gange, aber wenn sie überhaupt Erfolg haben, dann wohl kaum in absehbarer Zeit.

Deshalb sind auch Näckes Vorschläge, wonach die bisherigen Beobachtungsstationen an preußischen Strafanstalten vergrößert und in selbständige Adnexe umgewandelt werden sollen, gegenstandslos. Bisher sind das keine Adnexe, sondern Teile der Strafanstalten und ihre Insassen noch nicht aus dem Strafvollzug entlassene Züchtlinge. Und ob diese Stationen „wirklich dem Ideal nahe kommen", wenn sie nach Näckes Vorschlag sich nicht, wie bisher, auf die Beobachtung beschränken, sondern die gemeingefährlichen Elemente dauernd behalten und die Harmlosen gegen „gefährliche, lasterhafte, aber nicht mit dem Gesetz in Konflikt geratene Geisteskranke" aus den gewöhnlichen Irrenanstalten eintauschen, darüber dürften die Leiter der Stationen doch nicht so ohne weiteres derselben Meinung sein. Heilbronner*) vertritt jedenfalls nach seiner Erfahrung den umgekehrten Standpunkt. Nach ihm funktionieren die Stationen um so besser, je mehr sie sich auf die bloße Beobachtung bis zur Feststellung des Geisteszustandes beschränken und je mehr die Harmlosen über die Gefährlichen überwiegen. Eine starke Verdünnung der letzteren hält er sogar für unerläßlich. Heilbronner bleibt mit seinen Ausführungen auf dem Boden der durch die Verwaltungstrennung zwischen Regierung und Provinzen gegebenen praktischen Verhältnisse; Näcke setzt sich einfach darüber hinweg. Ob im übrigen die Beobachtungsstationen vom ärztlichen Standpunkte aus wirklich so befriedigend funktionieren, darüber lassen die kritischen Ausführungen Sieferts**) einige Zweifel aufkommen.

Es ist eine Verkennung der Sachlage, wenn Näcke

*) Monatsschr. f. Kriminalpsychol. I, 5.

**) E. Siefert, Über die Geistesstörungen in der Strafhaft. Halle 1907. C. Marhold.

glaubt, daß die Form der Absonderung geisteskranker Verbrecher im Vordergrunde des Interesses stände und Gegenstand leidenschaftlichen Streites wäre. In Deutschland liegt die Sache vielmehr so, daß zunächst einmal überhaupt die Absonderung dieser Elemente aus der allgemeinen Irrenpflege angestrebt wird. Die Form der abgesonderten Unterbringung begegnet nur einem beschränkten irrenärztlichen Interesse und wird wesentlich von verwaltungstechnischen Rücksichten bestimmt. Die Bundesstaaten mit einheitlicher Verwaltung, wie Sachsen, Baden, Württemberg, haben Adnexe an Strafanstalten gewählt, nicht weil sie eine ideale Art der Unterbringung wären, sondern weil sie auf eine einfache und billige Weise die Irrenanstalten von einem großen Teil der verbrecherischen Elemente befreien und zugleich der öffentlichen Sicherheit Genüge tun. Für diese Staaten sind solche Adnexe in der Tat das Nächstliegende, und sie werden so lange beibehalten werden, bis die Zahl der Insassen diese Betriebsform unzulänglich werden läßt, oder bis das Rechtsbewußtsein des Volkes sich gegen jede Verquickung von Irrenwesen und Strafwesen auflehnt. Darnach wird sich der Übergang zu selbständigen Anstalten für geisteskranke Verbrecher (Zentralanstalten) vollziehen, deren Insassen sich dann nicht nur aus den Strafanstalten, sondern auch aus den Irrenanstalten rekrutieren werden.

Für Preußen mit seiner dezentralisierten Irrenpflege können Adnexe an Strafanstalten zunächst überhaupt nicht in Frage kommen. Hier schwankt die Entscheidung nur zwischen Adnexen an Irrenanstalten und eigenen provinziellen Anstalten für geisteskranke Verbrecher, also zwischen unvollständiger und vollständiger Absonderung. Das Bestimmende ist in erster Linie der Kostenpunkt. Gegenwartsberechnungen treffen aber nicht immer für die Zukunft zu, und eine wachsende Anzahl von Adnexen kann vielleicht bald im Bau und Betrieb teurer werden, als eine eigene provinzielle Anstalt. Eine solche zentralisiert die Überwachung und gewährt ganz andere Möglichkeiten für die Ausnutzung der Arbeitskraft. Die Beschäftigung geisteskranker Verbrecher im Rahmen der allgemeinen Irrenanstalten wird durch die letzten Ministerialverfügungen recht eingeengt. Immerhin kämen für den Bau besonderer Anstalten zunächst nur die größten Landarmenverbände Rheinprovinz, Schlesien, Westfalen, Berlin in Betracht.

Ein anderes Gesicht erlangte die Frage in Preußen erst von dem Augenblicke an, wo es den Landarmenverbänden gelänge, die Verpflegung der geisteskranken Rechtsbrecher gänzlich los zu werden. Die Stellungnahme der Regierung hierzu war freilich bisher so ablehnend, daß der Wunsch der Landarmenverbände aussichtslos erschien. Neuerdings machen sich aber doch im Landtage so energische Strömungen in dieser Richtung geltend, daß man die Entwickelung der Dinge doch nicht mit Sicherheit voraussehen kann. Daß die Regierung nach den Vorschlägen Näckes die Beobachtungsstationen in dem Maße vermehren und vergrößern sollte, um die ganzen hierher gehörigen Elemente in geeigneter Weise zu beherbergen, das halte ich allerdings aus verschiedenen, vor allem verwaltungstechnischen Gründen für völlig ausgeschlossen; ebenso den Bau einiger wenigen staatlichen Zentralanstalten für ganz Preußen. Derartige Projekte ließen permanente Interessenkollisionen zwischen Regierung und Selbstverwaltungsorganen mit Sicherheit voraussehen und könnten deshalb nicht ernstlich in Frage kommen. Eine plötzliche Entscheidung ist in dieser schwierigen Angelegenheit wohl überhaupt nicht zu erwarten, und das Beste, was die Landarmenverbände tun können, um ihre Interessen und damit die der ihnen unterstehenden allgemeinen Irrenpflege zu wahren, besteht meines Erachtens darin, sich Entwicklungsmöglichkeiten offen zu halten. Fangen sie erst mit dem Bau von Adnexen an ihren Irrenanstalten an, dann legen sie sich damit fest und haben von der Regierung schwerlich eine Abnahme ihrer Last zu erwarten. Aussichtsreich erscheint mir der Bau von Spezialanstalten. Denn, wenn diese auch wohl kaum jemals von der Regierung ganz in eigene Verwaltung übernommen werden dürften, so steht doch die Möglichkeit besonderer Dotationen für sie offen, die an die Erfüllung gewisser Bedingungen bezüglich Bau und Betrieb und an eine besondere staatliche Aufsicht geknüpft werden könnten.

Vielleicht gibt es noch gangbarere Wege; ich würde die obige Lösung auch im ärztlichen Sinne für die erstrebenswerteste halten, schon weil sie der Verdünnung der Gefährlichen durch Mindergefährliche keine Schranken setzt. Doch dies nur nebenbei; denn wie die Verhältnisse in Preußen einmal liegen, dürfen wir Irrenärzte uns der Erkenntnis nicht verschließen, daß die entscheidende Rolle Verwaltungsfragen spielen und deshalb in ärztlicher Hinsicht immer nur die relativ günstigste Lösung ins Auge gefaßt werden kann. Alle Erörterungen, die das Verwaltungsproblem ignorieren, haben nur theoretischen Wert.

Mitteilungen.

— Mit welchen gefährlichen Eventualitäten die **Anstalten für geisteskranke Verbrecher** rechnen müssen, lehrt uns ein neues Beispiel. In der Zentralanstalt für geisteskranke Verbrecher des Staates New-York in Dannemora ist es, wie dem Berliner Tageblatt (24. 8. 07) aus New-York gemeldet wurde, zu einer gefährlichen Meuterei gekommen. Die Kranken verbarrikadierten sich in den Schlafsälen und machten Versuche, die Mauern zu durchlöchern, um ihre Freiheit zu gewinnen. Es entspann sich ein zweistündiger gefährlicher Kampf zwischen den tobenden Meuterern und dem Aufseherpersonal. Diesem gelang es schließlich, unterstützt durch eine größere Zahl von Bewohnern des Ortes, die Wahnsinnigen zu überwältigen. Bei dem Kampfe wurde einer der Irrsinnigen getötet und 30 wurden verwundet.

Dieser Vorfall erinnert an die meuterischen Vorbereitungen, welche vor einiger Zeit die geisteskranken Verbrecher in dem festen Hause in Dalldorf getroffen hatten, die aber glücklicher Weise rechtzeitig entdeckt wurden. Die Berliner Presse brachte darüber folgenden Bericht, der, wie wir von authentischer Seite erfuhren, in den wesentlichen Punkten zutrifft: Die Anstaltsleitung wurde anonym benachrichtigt, daß im festen Hause ein Putsch beabsichtigt sei und zwar mit Hilfe Außenstehender, die sich zur regelmäßigen Besuchszeit bewaffnet Eintritt verschaffen und gewisse Patienten gewaltsam befreien wollten. Infolgedessen fand eine genaue Untersuchung sämtlicher Insassen der festen Häuser, ihrer Betten sowie aller Räume statt. Das Ergebnis war höchst überraschend. Man entdeckte nämlich außer einer Strickleiter und mehreren Feilen vier geladene Revolver und drei Dolche! Verschiedene verdächtige Besucher, die sich tatsächlich am bewußten Tage einfanden, wurden abgewiesen, sonst wäre es ohne die Warnung sicher zu einer in ihrer Art noch nicht dagewesenen Revolte mit Blutvergießen gekommen. Längere Zeit nachher fand man einen fünften Revolver bei dem bekannten Raubmörder Richard Erpel, der die Waffe, wie er eingestand, schon zur Zeit der Untersuchung besessen hatte. Die eingehenden Vernehmungen ergaben, daß sämtliche Waffen und die sonstigen Mittel zur Flucht von der Ehefrau eines geisteskranken russischen Verbrechers namens Weinstein eingeschmuggelt waren. Der gefährlichen Person gelang es, kurz vor ihrer Verhaftung nach England zu entfliehen, während Weinstein selbst inzwischen an Rußland ausgeliefert ist.

— **Die neueste psychische Epidemie in Hessen.** (Fortsetzung.) Späteren Zeitungsmeldungen zu Folge dehnte sich die psychische Epidemie auch auf die Kreise Eschwege und Melsungen aus. In Röhrda im Netratale hat zum Beispiel eine neue Fanatikersekte in der zweiten August-Woche „Gottesdienst" in der dortigen Kirche abgehalten, der bis 2 Uhr nachts dauerte. Um diese Zeit wurden die übrigen Einwohner durch laut gellende Rufe aus dem Schlafe geweckt. Aus der Kirche erscholl überlautes Geschrei „Komm, o Herr Jesu; du mußt kommen", usw. Auch in der Kreisstadt Eschwege scheinen schon manche von dieser immer mehr zu einer häßlichen, ungesunden Erscheinung sich auswachsenden Bewegung ergriffen zu sein. — In Heinebach (Kreis Melsungen) fanden religiöse Versammlungen statt, die zu sonderbaren Auftritten führten. Die Anwesenden, meist Frauen, jedoch auch viele Männer, beten abwechselnd in knieender Lage. Ein Augenzeuge bekundete: Nach etwa fünf Minuten schon geriet ein laut betender Mann in solche Aufregung, daß er mit dem ganzen Körper zuckte, um sich schlug und den Kopf in schnellem Tempo hin und her bewegte. Sein Gebet wurde unverständlich, ja man konnte glauben, der Mann sei in Wahnsinn verfallen. Ein anderer Teilnehmer der Versammlung ging heran und stützte den Kopf des Mannes. Während dessen stießen die meisten Anwesenden unter krampfartiger Körperzuckung unnatürliche Laute aus und machten Bewegungen mit Händen und Füßen.

Neuerdings wurden in Bad Wildungen, im Kreise Marburg und im Kreise Biedenkopf ähnliche Versammlungen abgehalten.

In Großalmerode ist der Bewegung durch das Dazwischentreten des Generalsuperintendenten anscheinend mit Erfolg Einhalt getan worden. Es sollen jedoch gegen 100 Personen, welche an den Vorgängen Anstoß nahmen, aus der evangelischen Landeskirche ausgetreten sein.

Die Gebetsversammlungen haben inzwischen auch die Kasseler Stadtverordnetenversammlung beschäftigt, und zwar, weil der Blaukreuz-Verein, welcher sein Vereinshaus für die Versammlungen mietweise hergegeben hatte, einen städtischen Zuschuß erhält. Die Kasseler Stadtverordneten beschlossen, und zwar auf Antrag des Stadtverordneten Pfarrers Franke, des Geistlichen des Vereins für innere Mission, diesen Zuschuß nur unter der Bedingung weiter zu gewähren, daß sich „der Verein auf Trinkerrettungsarbeiten beschränke und nicht wieder ähnliche Bestrebungen wie diese Gebetsversammlungen unterstütze."

— **Irreführung des Publikums über die psychiatrische Sachverständigentätigkeit.** Durch die Spalten einer langen Reihe angesehener Tageszeitungen (wir nennen: „Post" (22. 8. 07), „Deutsche Tageszeitung" (23. 8. 07), „Deutsche Zeitung" (24. 8. 07), „Neues Tageblatt" Stuttgart (22. 8. 07), „Hamburgischer Correspondent" (23. 8. 07), „Leipziger Tageblatt" (24. 8. 07), „Hamburger Nachrichten" (23. 8. 07) lief der nachfolgende Artikel. Wenn die betreffenden Zeitungen den einleitenden Teil sich genauer angesehen hätten, würden sie ihn ohne Zweifel wenigstens in dieser Form zurückgewiesen haben. Dieser Artikel lautet nämlich (die Ausrufzeichen im nachfolgenden Abdruck sind von mir angebracht. Red.):

„Die Justiz und die ärztlichen Sachverständigen.

Ein in seiner Bedeutung für die Rechtspflege weittragender Beschluß wurde auf dem „Kongreß der

Nerven- und Irrenärzte in Ländern französischer Zunge", der soeben in Genf und Lausanne getagt hat, gefaßt. Er wendet sich dagegen, daß sich in neuerer Zeit die ärztlichen Sachverständigen stärker in den Gang der Rechtsprechung einmischen, als eigentlich ihres Amtes sein sollte. Wenn ein Verbrechen begangen ist, so wird bekanntlich sofort (!) die Frage der „Unzurechnungsfähigkeit" erhoben, die Aerzte stellen genaue anatomische und physiologische Untersuchungen an dem Angeklagten an, analysieren seinen Geisteszustand, seine Neigungen, fragen nach der Erblichkeit seiner psychologischen Veranlagung und suchen daraufhin zu entscheiden (!), ob der Angeschuldigte „unzurechnungsfähig" oder doch „vermindert zurechnungsfähig" ist. Besonders auch in Frankreich wird so der Richter oft genug vom Arzt verdrängt (!), auf dessen Unfehlbarkeit (!) die ganze Rechtsprechung (!) aufgebaut ist. Auf dem erwähnten Kongreß haben sich nun die Aerzte selbst gegen diese Ueberschreitung ihrer Befugnisse ausgesprochen, indem sie erklärten, daß sie nicht imstande wären, ein wissenschaftliches Gutachten über die moralische Zurechnungsfähigkeit der Angeklagten abzugeben. In einem mit lebhaftem Beifall aufgenommenen Vortrag führte der Referent Gilbert Ballet aus, daß der ärztliche Sachverständige vor Gericht seine Aufgabe erfüllt habe, wenn er bei einem geistesgestörten Verbrecher nachgewiesen habe, daß entweder seine Motive von krankhafter Natur oder seine Urteilsfähigkeit und sein Gedächtnis in einer Weise, die den Geistesschwachen den moralischen Wert seiner Handlungen nicht erkennen lasse, geschwächt wären. Der Ausdruck „verminderte Zurechnungsfähigkeit" habe keine medizinische Bedeutung; er habe nur eine gewisse Rechtfertigung der Strafherabsetzung im Gefolge. Die kurzen Strafen aber erfüllten weder den Zweck der Vergeltung, noch den der Besserung; gerade die Schuldigen mit „verminderter Zurechnungsfähigkeit" wären vom sozialen Standpunkt oft gefährlicher, als die völlig zurechnungsfähigen Verbrecher. Mit Zweidrittel-Majorität nahm darauf der Kongreß folgende Resolution an: „In Anbetracht, daß 1 der Artikel 64 des französischen Strafgesetzbuches, auf Grund dessen die Sachverständigen beauftragt werden, die geistiger Störungen Verdächtigen zu untersuchen, einfach davon spricht, daß es kein Verbrechen oder Vergehen gibt, wenn der Schuldige während der Ausführung der Handlung wahnsinnig war, und daß das Wort „Zurechnungsfähigkeit" sich hier nicht findet; daß 2. die Fragen der Zurechnungsfähigkeit, mag es sich nun um eine moralische oder soziale handeln, metaphysischer oder juristischer, nicht medizinischer Natur sind; daß 3. der Arzt allein kompetent ist, sich über den Tatbestand und die Natur der geistigen Störungen bei den Angeschuldigten und über die Rolle, die diese Störungen auf die Entschlüsse und die Handlungen der Angeschuldigten gespielt haben, zu äußern, und daß er über die anderen Fragen nicht zu urteilen hat — äußert der Kongreß den Wunsch: daß die Justizbeamten sich in ihren Verordnungen, Urteilen und Beschlüssen an den Wortlaut des Artikels 64 des Strafgesetzbuches halten und nicht von dem ärztlichen Sachverständigen verlangen mögen, die genannten Fragen zu lösen, die seine Kompetenz überschreiten."

— **Schreckenstat einer Wahnsinnigen.** In einem Hofe der Rue d'Hauteville in Paris spielte sich dieser Tage ein aufregender Vorfall ab. In der frühen Morgenstunde wurden die Bewohner des Hauses durch gellende Schreie aufgeweckt und stürzten an die Fenster. Im Hofe stand eine Bewohnerin des Vorderhauses namens Josephine Percier, die augenscheinlich plötzlich den Verstand verloren hatte. Nur mit dem Hemd bekleidet, lief sie im Hof herum, fortwährend schreiend: „Ich muß Frankreich retten, im Namen des Herzen Jesu!" Unter diesen Rufen errichtete sie mitten im Hofe einen Scheiterhaufen, zündete ihn an und stellte sich auf die brennende Masse, indem sie laut ausrief: „Ich bin Jeanne d'Arc!" Ehe die Unglückliche aus ihrer schrecklichen Situation befreit werden konnte, hatte sie schwere Brandwunden an den Beinen und dem Unterleib erlitten und wurde schließlich in bedenklichem Zustande in das Lazarett des Irrenhauses Lariboisière geschafft.

(Leipz. Tageblatt, 2. 8. 07.)

— Ein **Konflikt der Assistenzärzte an der Dresdener städtischen Heil- und Pflegeanstalt** mit der Verwaltung wegen dauernder Differenzen hatte dazu geführt, daß fünf von den sechs Assistenzärzten kündigten. Durch die Intervention der städtischen Behörden und des Oberbürgermeisters ist die Angelegenheit jedoch zu Gunsten der Assistenzärzte entschieden worden, welche die Kündigung nun zurückgezogen haben.

Personalnachrichten.

— In **St. Blasien** starb der frühere ord. Professor der Psychiatrie und Direktor der Halleschen Univ.-Nervenklinik Geh. Med.-Rat Dr. Ed. Hitzig im 70. Lebensjahre.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Beiblatt zu Nr. 24 der Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift

7. September 1907.

Red.: Oberarzt Dr. Bresler, Lublinitz, Schlesien.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

Liste zu ermittelnder, unbekannter Geisteskranker.

Nr. 43.



Am 7. Mai d. J. ist in der Gemeinde Zaborze, Kreis Zabrze, der nachstehend abgebildete, anscheinend stumme Mann unbekannter Herkunft aufgegriffen worden. Er macht den Eindruck eines Blöden, ist nicht imstande ein Wort zu sprechen und gibt nur unverständliche, unartikulierte Laute von sich. Auf Zeichen reagiert er, indem er daraufhin einige Bewegungen (Geradestehen, Körperbeugen, Armheben) ausführt. Er sitzt den ganzen Tag stumpfsinnig da und nimmt kein Interesse an der Umgebung. Alter ca. 20 bis 25 Jahre. Größe 1,57 m. Haare dunkelblond. Stirn gewöhnlich. Augenbrauen dunkelblond. Augen braun. Nase, Mund, Kinn gewöhnlich. Kein Bart. Zähne vollständig. Gesichtsbildung oval. Gesichtsfarbe gesund. Gestalt schlank. Besondere Kennzeichen: Warze auf dem rechten Daumen. Links X-beinig. Schlaffe, nach links neigende Körperhaltung. Bekleidung: Ein Anzug, ein Hemd, eine Unterhose, eine Mütze, ein Paar Schuhe. Angaben, welche zur Ermittlung der Herkunft dieses Mannes dienen können, wolle man an den **Landeshauptmann von Schlesien zu Breslau** unter IIa Un 15./5. VII gelangen lassen.

Nr. 44.



Am 30. Juli d. Js. wurde der nachstehend beschriebene und abgebildete unbekannte Mann wegen seines auffallenden Aussehens (derangierte Kleidung, rotes Tuch um den Hals, Barfußgehen, schmutzige Haut) in Elmshorn aufgegriffen und am 14. August d. Js. wegen Geisteskrankheit in die diesseitige Anstalt aufgenommen.

Nach Angaben des Kranken, der jede Auskunft über seinen Namen, Stand, Geburtstag, bürgerliche Stellung, Religion, Familienstand usw. verweigert, ist er 35 Jahre alt und will früher einmal beim Kohlenabladen in Bremerhaven gearbeitet haben. Patient nahm damals mit Vorliebe trocken Brot, während er Butterbrot, Milch, Kaffee, Fleisch und andere Nahrungsmittel meistens zurückwies, weil er keinen Darm habe und zu schwach sei, um essen zu können. Der Mann ist 1,67 groß, mit ernstem, gespanntem Gesichtsausdruck und dunkelblondem Haar.

Angaben, welche zur Ermittelung der Herkunft des obigen Geisteskranken dienen können, werden an die **Direktion der Provinzial-Irrenanstalt bei Schleswig** erbeten.

Neunter Jahrgang. Nr. 25. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark

An der **Landesheil- und Pflegeanstalt zu Nietleben bei Halle a. S.** sind die Stellen:

1. eines Assistenzarztes
2. des Volontärarztes

zum 1. Oktober d. J. zu besetzen.

Zu 1) Psychiatrische (praktische) Vorbildung erwünscht.

Jahresgehalt 1800 M. (aufsteigend bis 2600 M. in einjährigen Stufen von je 100 M.) neben freier Station I. Klasse.

Zu 2) Jahreseinnahme 1800 M. neben freier Station I. Klasse.

Bewerber wollen ihre Meldungen nebst Approbation, Dissertation, Lebenslauf und Zeugnissen über bisherige Tätigkeit an den unterzeichneten Direktor einsenden.

Nietleben, den 4. September 1907.

Geh. San.-Rat Dr. Fries.

Kgl. Württ. Heilanstalt Zwiefalten.

An der hiesigen Anstalt ist sofort eine

Assistenzarztstelle

(6. Arzt) zu besetzen. Anfangsgehalt bei völlig freier Station und Verpflegung I. Klasse 1900 M. jährlich und außerdem 200 M. Getränkeentschädigung. Bewerbungen sind mit Zeugnissen belegt bei der Direktion einzureichen.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Religionshygiene.

Von

Oberarzt Dr. med. **Joh. Bresler.**

Preis Mk. 1,—.

Anzeigen

betreffs

Stellen-Angebote

und

Stellen-Gesuche

finden durch die

Psych.-neurol. Wochenschrift

die

weiteste Verbreitung.

Die Geschäftsstelle d. psychiatr.-neurolog. Wochenschrift, Halle a. S., Reilstr. 80.

BROMURAL

α-Monobromisovalerianylharnstoff.

Ein neues Nervenberuhigungs- u. Schlafmittel.

Fast geschmackfrei, geruchlos und ohne Nebenwirkung. 959

Indikation: Leichte, nervöse Schlaflosigkeit, Hysterie, Neurasthenie etc.

Dosis: 2 Tabletten à 0,3 g. Originalröhrchen zu 20 Tabletten à 0,3 g.

Literatur und Proben kostenlos.

Knoll & Co., chem. Fabrik, **Ludwigshafen a. Rhein.**

Automobil (4 Cyl.)

12 HP Fafnirmotor, Phaeton, 4—5 Sitze mit Verdeck, ganz neu (Ansch.-Preis 7000 M.) billig zu verkaufen.

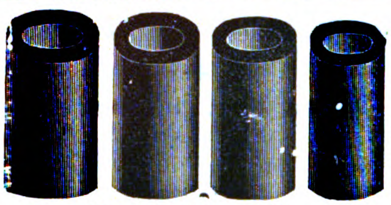
Näheres durch d. Exped. d. Bl. 1035

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.



Mk. 1,90 1,45 1,25 1,15

pro Meter

Durit- **Drainage, Irrigator- und Gasschlauch,** neben seiner bedeutenden Festigkeit und Haltbarkeit bietet er den grossen Vorteil, dass die Desinfizierung und Sterilisierung seine Elastizität und Weichheit nicht vermindert. (784b)

Rudolf Détert, Berlin NW., Karlstr. 9.

Neue Hypnotica

Veronal

Durch **Intensität u. Sicherheit der Wirkung ausgezeichnet, frei von schädigenden Nebenwirkungen.** Geruchlos, fast ohne Geschmack. Ind.: nervöse Agrypnie, Depressionszustände. Auch bei unkompensierten Herzfehlern, bei chron. interstitieller Nephritis etc. verwendbar. Als **ungefährliches Sedativum bei maniakalischen Erregungszuständen.**

Mittlere Dos.: 0,5 — 0,75 — 1,0 g, in heissen Flüssigkeiten gelöst zu nehmen.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. Elberfeld — BAYER

Isopral

Neues vortreffliches Hypnoticum, Ersatz für Chloralhydrat.

Herz- und Gefässsystem schonend, dabei von doppelt so starker hypnotischer Wirkung als Chloral.

Dos.: 0,5 — 1,0 g bei einfacher und mittlerer Agrypnie.

„ 1,0 — 2,0 — 3,0 g bei Erregungszuständen.

Darreichung in wässeriger Lösung oder in Form von Tabletten.

(In geschlossenem Glasgefäss kühl aufzubewahren!)

Aeltere bewährte Schlafmittel

Hedonal

650

absolut unschädlich, frei von Nebenwirkungen. Dos.: 1,5 — 2 g.

Trional **Sulfonal**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 25. 14. September **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Über Heilungsaussichten in der Irrenanstalt.

Von Dr. *W. Försterling*-Landsberg a. W.

Ich glaube mit meiner Annahme wohl nicht fehl zu gehen, daß viele Psychiater die Ausführungen über „die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt" von Scholz in Nr. 21, 1907, dieser Wochenschrift mit gemischten Gefühlen gelesen haben.

Zu diesem Aufsatze möchte ich mir einige Bemerkungen erlauben.

Wir wissen, daß geistige Erkrankungen im allgemeinen eine recht betrübende Prognose haben. Immerhin gibt es, wenn auch leider nicht viele, akute Geisteskrankheiten, die einer völligen Heilung fähig sind, ferner viele heilbare Phasen zirkulärer und in Schüben verlaufender Psychosen und heilbare psychotische Exazerbationen bei den sogen. Neurosen und bei der degenerativen Konstitution. (Hier handelt es sich dann allerdings nur um eine restitutio ad statum, quo ante.) Häufiger noch kommen Heilungen etwa im Sinne irgend eines Reglements vor, d. h. Wiederherstellung bis zu dem Grade, daß der Kranke bei geeigneter Anleitung auch außerhalb einer Anstalt existieren kann.

Wieviel ist nun bei Heilungen auf das Verdienst der Anstaltsbehandlung zu rechnen?

Nach des Verfassers Ausführungen nichts, aber auch gar nichts!

Daher ist Verfasser auch der Ansicht, daß es für eine etwaige Heilung belanglos sei, ob der Kranke möglichst früh in eine Anstalt kommt oder nicht.

Nicht einmal, daß Psychosen in der Anstalt rascher heilen als draußen, glaubt er annehmen zu dürfen. Nicht den geringsten Einfluß auf den Verlauf der Krankheit hat nach seiner Ansicht die Anstaltsbehandlung.

Seine Ausführungen enthalten leider manches unstreitig Wahre, aber ganz so hoffnungslos ist die Therapie wohl doch nicht.

Den Krankheitsprozeß, den wir bei manchen Psychosen nur vermuten, bei den meisten so gut wie gar nicht kennen, vermögen wir allerdings nicht direkt zu beeinflussen. Die Anstalt gewährt der Krankheit, die ihren natürlichen Verlauf nimmt, möglichst günstige Bedingungen; und diejenigen Geisteskrankheiten, von denen wir erfahrungsgemäß wissen, daß sie heilen können, heilen unter diesen Bedingungen leichter als draußen.

Bei Masern und Scharlach stellt man ja auch nur die dem Prozesse günstigen Bedingungen. Hat man auch da so gar keinen Einfluß auf den Verlauf?

Eine manische Phase beeinflußt man z. B. ungünstig und verzögert ihre Abheilung, wenn man den Kranken bei seiner leichten Ablenkbarkeit, seinem Rede- und Betätigungsdrange, dauernd wechselnden Sinnesreizen aussetzt, so daß sein Gehirn nicht zur Ruhe kommt, der Kranke kaum noch schläft und schließlich sich völlig erschöpft. Und umgekehrt begünstigt man den Ablauf durch Unterbringung in ruhige, an Sinnesreizen arme Umgebung, lange Bettruhe und Beruhigungsmittel, teils hydropathischer, teils chemischer Natur, wodurch er Kräfte spart. Das haben wohl viele Psychiater durch beabsichtigte, eventuell auch unfreiwillige Experimente erlebt. Ähnlich dürfte es mit den hyperkinetischen Phasen des Jugendirreseins stehen, wenn auch hier der Erfolg bei weitem zweifelhafter ist.

Deutlicher ist es wieder bei der fast immer heilenden Erschöpfungspsychose. Behandelt man den agitierten Kranken mit Beruhigungsmitteln, kräftiger Ernährung (eventuell mit der Sonde), hydropathischen Maßnahmen und Abscheidung von anreizender Umgebung, so hat man, ohne daß es eines besonderen Beweises bedarf, mehr Chancen, ihn am Leben zu erhalten und auch ihn über die Psychose hinwegzubringen, als wenn man dieses alles nicht tut. Wenn

solche Fälle hier und da unter ungünstigen Bedingungen, meinetwegen in Fesseln, im Gefängnis, oder im Spritzenhaus geheilt sind, so beweist das nichts gegen die bessere Heilmöglichkeit in der Anstalt. Statistiken könnten das vielleicht klären; solche aber werden sich wohl kaum anstellen lassen. Im übrigen kommt ja auch der sogenannte ambulante Typhus vor, und Masern, Pleuritis und Ruhr sind schon unter den tollsten Verhältnissen geheilt.

Mit der oben skizzierten Behandlung einer Erschöpfungspsychose tut man doch ungefähr dasselbe wie ein Arzt, der bei Lungenentzündung ein leichteres Abhusten erzielt, den Kranken kräftig erhält und besonders das Herz durch Exzitantien soweit unterstützt, daß der Kranke den sonst wohl kaum beeinflußbaren Krankheitsprozeß übersteht.

Nur oberflächlich hinweisen möchte ich auf den Morphinisten. Abstinent wird er wohl nur in der geschlossenen Anstalt. Vor allem aber ist es nur hier möglich, ihn zu der Zeit, zu welcher er am meisten hinausdrängt, das ist gewöhnlich die Zeit, wo die Abstinenz eben erreicht ist, durch therapeutische Maßnahmen, psychischer und körperlicher Art, so weit zu kräftigen, daß er einen gewissen Widerstand leisten kann, und nicht bei einer beliebigen Gelegenheit wieder „umklappt" und spritzt. Auch der Neurastheniker, den Zwangsvorstellungen bis zum Lebensüberdruß quälen, will behandelt sein. Wie oft man dabei auch Mißerfolge hat, man erlebt doch Fälle, bei denen man der Therapie (hier besonders der psychischen) einen guten Einfluß nicht absprechen kann.

Auch auf die Versuche, den Autointoxikationspsychosen durch organotherapeutische Medikamente beizukommen, muß hingewiesen werden, wenn dieselben vorläufig auch noch in den Kinderschuhen stecken.

Wenn man von den Heilungsaussichten in der Irrenanstalt spricht, darf man auch nicht das Verdienst der Anstalt verkennen, daß sie einen großen Teil derjenigen Kranken, die nur einer „Heilung mit Defekt" fähig sind, nach der anfänglichen Behandlung im engeren Sinne, durch darauf einsetzende rationelle Erziehung zu regelmäßiger Beschäftigung soweit wieder herstellt, daß sie ihrer Familie wiedergegeben werden können.

Je früher ein derartiger Kranker in eine geeignete Anstalt kommt, um so besser sind die Aussichten, ihn zur Arbeit anleiten zu können. Wir sehen das an den Kranken, die sich noch seit jener Zeit her in Anstalten befinden, wo man nicht so dachte. Jetzt wird ein eminent größerer Prozentsatz der Kranken beschäftigungsfähig als früher (sei es bei manchen auch nur im Rahmen der Anstalt selbst). Eine derartige „Heilung" strebt man doch bei solchen Kranken immer an, und daß es gelingt, ist ein unbestreitbares Verdienst der Anstalt. Es ist auch als ärztliche Leistung nicht zu unterschätzen; wenn ich wieder auf das körperliche Gebiet exemplifizieren darf, so kann man diesen Erfolg einigermaßen in Parallele setzen dem eines Arztes, der einen Endokarditiker, wenn auch mit ausgebildetem Klappenfehler, wieder herstellt, wofern er nur für genügende Kompensation Sorge trug.

Es ist also wahr, daß bei den meisten Fällen heilbarer psychotischer Zustände die Anstalt nur die günstigsten Bedingungen stellt. Den Prozeß direkt zu beeinflussen, ist uns leider noch nicht gegeben.

Alles in allem können wir nur sagen: Geisteskrankheiten haben im allgemeinen eine schlechtere Prognose als körperliche; der Hauptgrund mag sein, daß wir die Natur des Krankheitsprozesses nicht genügend kennen, und eine rationelle Behandlung, die den Krankheitsprozeß direkt beeinflußt, nur bei einigen wenigen Geisteskrankheiten möglich ist. Angebahnt immerhin sind die Wege schon. Daß aber die Anstaltsbehandlung in Bezug auf den Verlauf der heilbaren Geisteskrankheiten so ganz und gar nichts vermöge, wie der Aufsatz von Scholz meint, dürfte nach alledem nicht zutreffen.

Daher ist auch die völlige Resignation, die aus dem Artikel folgt, unberechtigt; und der Trost, den der Verfasser dem Psychiater bietet: „Den Irrenanstalten kann ihr schönes Recht niemals genommen werden, ein Zufluchtsort und Heim für unglückliche Menschen zu sein. Der Dienst an solcher Stätte bringt uns hohe Aufgaben genug" (damit kann nach allem Vorhergehenden nur vom Pflegedienst die Rede sein), ist Gott sei Dank nicht der einzige. Die Anstalten sind doch wohl der Ort, wo man die Psychosen studieren und die Therapie ausbilden kann. Ausblicke, wie sie die recht wahrscheinliche Hypothese von der Autointoxikation bei vielen Verblödungsprozessen bietet, sind nicht auf dem beschränkten Boden bloßer Krankenversorgung entstanden.

Schließlich darf man auch nicht ganz vergessen, daß die Psycho-Pathologie an sich des näheren Studiums wert ist. Gibt sie doch oftmals Handhaben für die Psychologie überhaupt und schneidet somit die wichtigsten, interessantesten und tiefsten Fragen der Menschheit an.

Abgesehen von der apodiktischen Erklärung des Verfassers, daß durch die Anstaltsbehandlung eine Heilung Geisteskranker weder herbeigeführt, noch, falls sie von selber einträte, auch nur beschleunigt

werden könnte, und abgesehen von der geradezu lähmenden Resignation und der gar zu engen Begrenzung unseres Arbeitsfeldes, veranlaßt mich noch ein drittes auf den Aufsatz von Scholz einzugehen.

Der Verfasser bestreitet zwar nur, daß frühzeitige Aufnahme in die Anstalt zur Heilung notwendig sei; daß sie aus anderen Gründen, z. B. wegen der Gefahr für den Kranken oder andere erforderlich werden könne, spricht er selber an einer Stelle aus, aber, mit Rücksicht auf die hohe Wichtigkeit dieser Maßnahme, mit viel zu wenig Nachdruck. Ja, zumal da Verfasser auch am Schlusse noch einmal darauf zurückkommt, daß es geradezu ein Unrecht sei, Angehörigen vorzuwerfen, sie hätten ihren Kranken früher in die Anstalt bringen sollen, dann wäre vielleicht noch Heilung möglich gewesen, könnte man ihn selber mißverstehen. Ich halte es daher noch für angebracht, den Punkt, den jener Artikel nicht bestreitet, recht stark zu betonen. Es kann nicht oft genug wiederholt werden, daß bei frischer Geisteskrankheit wegen der immer möglichen Gefahr eine frühzeitige Aufnahme in eine geschlossene Anstalt nötig ist. Von Laien, aber auch leider von Ärzten hört man immer noch den ebenso wohlgemeinten als verkehrten Rat: „Solange es irgend geht, muß man den Kranken in der Familie zu halten suchen, und sollte es schließlich absolut nicht mehr gehen, dann können Sie ihn ja immer noch in die Irrenanstalt bringen" (d. h. doch mit anderen Worten: die Anstalt ist die Rumpelkammer, in die man Geisteskranke bringt, die sich draußen irgendwie „unmöglich" machen. Zu einem derartigen Niveau darf man eine Anstalt für Geisteskranke auf keinen Fall herabdrücken lassen!). Inzwischen besteht dauernd die Möglichkeit ernster Nahrungsverweigerung, des Selbstmordes, der Gefährdung anderer, der Vernichtung des Vermögens usw.

Und wie steht es schließlich, wenn unter denen, die vor der Unterbringung in einer Anstalt Selbstmord begingen, ein Heilbarer war?

Ich sollte meinen, daß nach den bisherigen Erfahrungen und nach den Gründen analoger Überlegung bei anderen Krankheiten der Psychiater gar nicht anders kann, als fordern: Sowohl mit Rücksicht auf die bessere Möglichkeit einer Heilung, als auch mit Rücksicht auf die nie auszuschließende Gefahr, bedarf die frische Psychose, sobald sie erkannt ist, der Anstaltsbehandlung.

Der Aufsatz von Scholz hat alle Eigenschaften, Unheil zu wirken. Ziehen Laien und praktische Ärzte das Facit daraus, und wäre es möglich, daß seine Anschauungen auch bei der Mehrzahl der Psychiater Platz gewönnen, so ginge eine der wichtigsten Errungenschaften moderner Psychiatrie, die schwer erkämpfte Überzeugung von der Notwendigkeit frühzeitiger Aufnahme, zu Grunde, das Ansehen der Anstalten sänke und dem Psychiater schwände alle Arbeitsfreude. Aber dahin soll es nicht kommen; da, wo Scholz Recht hat, verallgemeinert er zu sehr und sieht zu schwarz; da, wo er etwas zugibt, wird er leicht mißverständlich; da, wo er uns scheinbar optimistisch unser Wirkungsfeld zeigt, lähmt er geradezu durch die zu enge Beschränkung. Keinesfalls aber wird er dem Umfange der Leistungen der Irrenanstalt und ihrer Erfolge gerecht.

Zur Psychologie des Falles Hau.

Von Geh. Med.-Rat Dr. *Kornfeld*, Gleiwitz.

Simplex veri sigillum.

Diesmal haben die Sachverständigen den Täter nicht, wie es heißt, „den Händen der Gerechtigkeit entrissen". Welcher hinreichende Anhalt vorlag, um die Zurechnungsfähigkeit i. S. des § 51 St. G. B. bei dem Angeklagten in Zweifel zu ziehen, ist eigentlich nicht recht zu ersehen. Aber nicht ein Psychiater, sondern ein Psychologe, ein renommierter Schriftsteller, Paul Lindau, hat (in der N. Fr. Pr. 27. Aug. fg.) eine Studie über den Fall Hau veröffentlicht, in welcher er den Nachweis zu führen versucht, daß der Angeklagte z. Z. der Tat sich in einem abnormen Geisteszustand befand.

Das scheint nach dem reichen vorliegenden Material doch wohl nicht zweifelhaft: Wenn der Täter kein erkennbares Motiv hatte, Frau M. zu töten, dann muß er die Tat aus bloßer Lust am Morden verübt haben, oder versehentlich, oder in unzurechnungsfähigem Zustande. In Betracht kommt ja außer Hau niemand weiter als ein Mann mit einem grauen Barte.

Das Natürlichste, in sich Glaubwürdige ist doch jedenfalls: Hau hatte ein Motiv, die Mutter seiner Frau und Frl. Schwägerin zu beseitigen, nämlich die Begier, aus einer pekuniären Zwangslage befreit zu werden. Dieser Beweggrund könnte allerdings als nicht genügend, als nicht vollständig bestimmend be-

trachtet werden. Er konnte noch ein zweites, allein oder in Verbindung mit dem ersten ihn bestimmendes Motiv haben: Der glühende Wunsch, mit einer geliebten Person vereinigt zu werden. Aber mußte er deswegen deren Mutter erschießen? Wäre eine solche Tat nicht gerade ein unverhältnismäßig größeres Hindernis gewesen? Wenn Hau seine falschen Bärte wechselte, einmal einen grauen getragen hätte, so wäre die Vermummung doch etwas weniger plump, als sie der Verteidiger darstellt.

Lindau nimmt z. Z. der Tat bei Hau einen abnormen Seelenzustand an. Aber war der Seelenzustand Hau's normal, als er auf seine nachherige Frau schoß? Hätte er sie damals getötet, so hätte die Tat als im Affekt erfolgt angesehen werden müssen. Aber solche Seelenzustände werden zur Zeit nur von den Juristen beurteilt, nicht von Psychiatern. Ob sie kurzdauernde Geistesstörungen darstellen, ob viele Geistesstörungen nur lange dauernde Affekte sind, kann daran nichts ändern. Hau ist ein Desequilibrierter, nicht ein Degenerierter. Von Jugend an zeigt er ein Mißverhältnis zwischen Intelligenz und Gemüt. Daß ungewöhnliche Verstandeskraft sehr wohl mit perverser Gemütsrichtung verbunden sein kann, lehrt die tägliche Erfahrung. Ja, die unbegreiflichen, geradezu törichten Handlungen so vieler geistreicher und gelehrter Leute erscheinen oft gerade deshalb ungewöhnlich töricht. Und wenn gewisse Erfolge in Amerika, die übermäßige Verehrung seiner Frau und anderer ihm zu Kopfe gestiegen waren; wenn er von der mehr durch die Umstände als durch seine Verdienste erstiegenen Höhe sich plötzlich tief heruntergesunken sah; wenn er nur ein einziges Mittel fand, sich wieder aufzuraffen, ohne als eitler Großsprecher sich vor den Seinigen zu dekouvrieren, ist das wunderbar, daß er sich dieses Mittels zu bedienen nicht scheute?

Vergegenwärtigt man sich seinen Geisteszustand, als er auf die von ihm entführte Lina schoß, dann wird man kein Bedenken tragen, denselben auch als abnorm zu bezeichnen. Ob auch den Zustand, in dem er die Bank betrog, von hohen Orden schwindelte? Daß er sich z. Z. der Tat in einer verzweifelten Stimmung befand, erklärt ja gerade seine ungenügende Vorkehrung gegen Entdeckung. Gerade aber, wenn er damals abnorm war, ist ihm die Tat doch erst recht zuzutrauen. Er hat sie eben riskiert. Wenn er geheimnisvoll auf eine andere Erklärung des Mordes hinweist, so hat er damit niemand anderen belastet als seine Schwägerin. Eine überwältigende Leidenschaft zu ihr bei Hau, der noch kurz vor der Tat mit Dirnen verkehrt, auszuschließen, dazu würde diese Abwälzung seiner Tat auf die geliebte Person vollständig ausreichen. Diejenigen, welche in diesem Versuche etwas anderes sehen, als einen ergänzenden Beweis für die niedrige Gesinnung eines Verbrechers, sind zwar nach den Berichten sehr zahlreich. Aber in diesem Falle waren diese nicht die Stimme des Volkes, nicht Gottes Stimme. Das Schwurgericht hat den common sense repräsentiert. Gegen die Annahme, daß bei Hau z. Z. der Tat ein derartiger Affekt vorhanden war, daß sein Bewußtsein hochgradig getrübt oder sein Geisteszustand ihm eine freie Willensbestimmung nicht mehr ermöglichte, daß also i. S. des § 51 Unzurechnungsfähigkeit vorlag, führen die festgestellten Umstände eine zu deutliche Sprache. Die klare Sachlage zu verdunkeln, sind auch die Ausführungen Lindaus nicht geeignet.

Religionswissenschaftliche, nicht theologische Fakultäten.

Die wissenschaftliche Religionsforschung, d. h. die unbeeinflußt durch eigene religiöse Gefühle, unabhängig von dem Standpunkt persönlichen Glaubensbekenntnisses und von der Zugehörigkeit zu einer Dogmengesellschaft erfolgende wissenschaftliche Erforschung alles dessen, was im Bereich des Religiösen liegt, erfreut sich zunehmender Anerkennung und Ausbreitung. Als eines der vielen Zeichen dafür darf ich wohl, ohne unbescheiden zu scheinen, die über Erhoffen günstige Aufnahme anführen, welche der von mir redigierten Zeitschrift für Religionspsychologie zu teil geworden ist. Die gelehrten und gebildeten Kreise erachten es für notwendig, die Pflege des religiösen Lebens von mittelalterlicher Mystik zu befreien. Es begegnet keinem Widerspruch mehr, daß die Gegenwart, wie frühere bedeutende Epochen, ein Recht darauf hat, aus den edelsten Niederschlägen ihrer eigenen Geisteskultur für sich und die Zukunft eine geistige Währung zu prägen. Es wird auch fast allgemein anerkannt, daß das religiöse Leben nicht allein geschichtlich zu fassen ist, sondern sich auf bestimmten Gefühlen und seelischen Bedürfnissen aufbaut, die ohne jede Annahme von Übersinnlichem hinreichend verständlich sind; daß die religiösen Vorstellungen und Systeme nur der Ausdruck solcher irdischer, menschlich-beschränkter psychischer Zustände sind, über die wir selbst durch sogen. Offenbarungen, d. h. durch

die sinnbildliche Sprache mächtiger religiöser Empfindungen bei großen Männern, nicht hinauskommen und auch nicht absolut notwendig hinauszukommen brauchen; daß daher allein die Psychologie die Grundlage für die Erforschung der Religion geben kann. Weil nun die religiösen Zustände sich weniger als irgend etwas anderes Seelisches vom Körperlichen trennen und, wenn man sie gründlich studieren will, sich nicht vom körperlichen Dasein getrennt betrachten lassen, so ist die Religionspsychologie aufs innigste mit der medizinischen Psychologie verknüpft. Man ersieht daraus, daß die Religionswissenschaft der Medizin näher steht, als es der landläufigen Meinung nach scheint, und bei den nahen, obschon nicht unbedingten Beziehungen des religiösen Lebens zu psychischen Ausnahmezuständen ist es die Psychiatrie und die Nervenheilkunde, welche auf einzelnen Strecken das Grenzland repräsentieren.

An die Religionspsychologie ist — im Rahmen der Religionswissenschaft — die vergleichende Religionskunde und die Religionsgeschichte anzugliedern; beide greifen ineinander. Auf die vielen Unterabteilungen dieser beiden umfangreichen Disziplinen braucht hier nur hingewiesen zu werden (z. B. Mythologie, Lehre von den Kulten, von der religiösen Symbolik, Dogmenkunde). Den Schlußstein bildet die Religionsphilosophie mit religionswissenschaftlicher Erkenntnistheorie und Systemenlehre und mit ihrem höchsten Problem einer Weltanschauung, die Kopf und Herz befriedigt, die, in ihren Ausdrücken zeitgemäß, doch im Inhalt über das Zeitliche hinausweist.

So soll — in Umrissen — das Lehrgebäude einer religionswissenschaftlichen Fakultät beschaffen sein, welche an den Universitäten die „evangelisch-theologische“ und „katholisch-theologische Fakultät zu ersetzen hätte. Es entspricht nicht dem Charakter der Universität, Dinge, die geglaubt werden sollen, als Gegenstand des Wissens zu behandeln, noch ist es Aufgabe des Staates, Lehrstühle für die religiösen Bekenntnisse zu unterhalten und Seelsorger für die einzelnen Dogmengesellschaften heranzubilden, denn es fehlt das hierzu erforderliche Korrelat, nachdem gemäß Art. 12 der preußischen Verfassung vom 31. Januar 1850 die Freiheit des religiösen Bekenntnisses, der Vereinigung zu Religionsgesellschaften und der gemeinsamen häuslichen und öffentlichen Religionsübung gewährleistet wird. Diese Aufgabe müßte vielmehr, unbeschadet der Oberaufsicht des Staates, den Dogmengesellschaften vorbehalten bleiben, die zu dem Zweck eigene Seminare zu errichten hätten. Der Staat müßte aber verlangen, daß die angehenden Schüler solcher Seminarien, d. h. die zukünftigen Prediger, zuvor das religionswissenschaftliche Studium auf der Universität mit einem Examen absolviert haben. Der größte Teil der gegenwärtigen theologischen Unterrichtsgegenstände, wie Apologetik, Exegetik, Homiletik, Kirchengeschichte, Kirchenrecht, würde auf die Seminarien entfallen.

Die Studienzeit braucht dabei nicht notwendig verlängert zu werden: an einer preußischen Universität z. B. wurde im verflossenen Sommersemester in beiden theologischen Fakultäten eine wöchentlich drei bezw. vierstündige Vorlesung über das Buch Hiob gehalten, während in der philologischen Fakultät für die „Geschichte der deutschen Literatur von Göthes Tode bis zur Gegenwart“ eine wöchentlich dreistündige Vorlesung für ausreichend erachtet wurde, zur Erklärung der Korintherbriefe wird an einer Universität eine wöchentlich fünfstündige Vorlesung gehalten, an einer anderen eine vierstündige über den zwölf Seiten langen Hebräerbrief!

Auf diesem Wege und mittels der gemeinsamen, konfessionsfreien, religionswissenschaftlichen Vorbildung der zukünftigen Prediger und Seelsorger steht zu hoffen, daß wir einer Gesundung der religiösen Verhältnisse in unserem Vaterlande näher kommen. Aber auch für andere Länder mit gemischten Konfessionen, z. B. Nordamerika, dürfte diese Reform zu empfehlen sein. Es steht ferner zu hoffen, daß sie auch auf religionswissenschaftlichem Gebiet uns die Freiheit der Wissenschaft und ihrer Lehre bringt, wie sie Art. 20 der preußischen Verfassung verbürgt.

Aus den hervorragendsten Vertretern dieser neuen religionswissenschaftlichen Fakultäten sollten die Staatsregierungen ihren sachverständigen Beirat für religiöse Fragen, eine völlig unabhängige, über den Dogmengesellschaften stehende religionswissenschaftliche Deputation berufen, ähnlich den Deputationen für andere wissenschaftliche Gebiete.

An diese oberste Instanz könnte das Volk und seine Vertreter appellieren, wenn mit widersinnigen Jenseitsdogmen gegen die Vernunft Sturm gelaufen und politischer Stimmenfang getrieben wird — um die Wette mit der Sozialdemokratie, welche auf ihrer Heerschau Diesseitsdogmen zu verwenden für vorteilhafter hält. Diese Autorität sollte dem Volke eine Beraterin sein, wenn es Gefahr läuft, durch Kultusübertreibungen und abnorme religiöse Bewegungen beunruhigt und irregeleitet, durch Vorspiegelungen von Wundern u. dergl. ausgebeutet zu werden.

Dr. Joh. Bresler.

Kurze Mitteilung über Scopomorphin-Riedel als Sedativum.

Unter dem gesetzlich geschützten Namen „Scopomorphin" bringt die bekannte Firma Riedel eine Lösung in zugeschmolzenen und sterilisierten Ampullen in den Handel, welche nach Angabe von Dr. med. Korff-Freiburg i. Br. nach folgendem Rezepte zusammengesetzt ist:

Scopolamin. hydrobromic. „Riedel" 0,0012
Morphin. hydrochloric. 0,03
Aquae dest. ad 2 ccm.

Korff selbst hatte in der Berlin. klinisch. Wochenschrift 1906 Nr. 51 die Vorzüge seines Scopomorphins als Narkose-Mittel hervorgehoben.

Uns hatte die Firma Riedel eine Anzahl Ampullen behufs Prüfung des Scopomorphins auf seine Verwendbarkeit als Beruhigungsmittel bei Geisteskranken zur Verfügung gestellt.

Als Versuchsobjekte dienten bei meinen Versuchen weibliche Kranke mit chronischer Unruhe (Fälle von Dement. praecox, Manie etc.).

Zunächst injizierte ich bei fünf Kranken je 1/2 Spritze — aber ohne jeden Erfolg. Weiterhin injizierte ich dann nur noch ganze Spritzen (= 1/2 Ampulle = Morphin. hydrochl. 0,015 + Scopolamin. hydrobrom. 0,0006) und zwar in 29 Fällen mit Erfolg, d. h. Beruhigung und tiefer Schlaf traten in 19 Fällen = 65,5% ein.

Leider hat aber auch eine ganze Spritze nicht immer bei derselben Kranken einen absolut sicheren Erfolg. Denn bei zwei Kranken blieb einmal der Erfolg aus, während er ein andermal sogar ein guter war; bei einer dritten Kranken war zwei Male ein sehr guter Erfolg zu verzeichnen, während ein andermal der Erfolg ausblieb. Dabei lag der Mißerfolg zeitlich zwischen den beiden Erfolgen.

Mit dem genannten Erfolge kann man aber wohl zufrieden sein, wenn man die Schwierigkeit bedenkt, chronisch unruhigen weiblichen Kranken die nötige Ruhe zu verschaffen. In einer größeren Versuchsreihe würde der Erfolg sich vielleicht noch günstiger gestaltet haben.

Was nun die Handlichkeit und Brauchbarkeit der Ampullen als solcher betrifft, so lassen sich zwei Mängel nicht verschweigen. Erstens gelingt das Abbrechen der Ampullenhälse vielfach nicht in der gewünschten Weise. Es würde diesem Übelstande vielleicht durch Anbringung einer um die Basis des Ampullenhalses herumlaufenden rillenförmigen Einschnürung abzuhelfen sein. Zweitens wäre es zweckmäßig, wenn die Ampullen nach unten zu nicht abgerundet wären, sondern etwa trichterförmig ausliefen. Bei letzterer Gestaltung würde man weniger Mühe haben, den Inhalt der Ampulle bis auf den letzten kleinsten Rest mit der Spritze aufzuziehen.

Auch wenn diese zu wünschenden Abänderungen erfolgen, würden wohl die Riedelschen Ampullen, vom Preise abgesehen, in den öffentlichen Irrenanstalten kaum allgemein in Aufnahme kommen. Es ist bequemer, die Scopolamin- und Morphiumlösung getrennt in besonderen Fläschchen bei sich zu führen. Bei sauber angefertigten Lösungen besteht, wie die tägliche Erfahrung lehrt, keinerlei Infektionsgefahr, wenn man vor und nach jeder Injektion die Spritze (etwa mit Lysollösung) gehörig reinigt und wenn man das Injizierungsgebiet der Haut, soweit die Ruhe der Kranken dies gestattet, mit Lysollösung abreibt.

Hingegen dürften die Ampullen dem praktischen Arzte, welcher zur Behandlung unruhiger Psychosen hinzugezogen wird, sehr willkommen sein.

Üble Nebenwirkungen, insonderheit Erbrechen haben wir bei Anwendung des Scopomorphins niemals gesehen.

Dr. Janson-Treptow a. R.

Zur Frage des ärztlichen Nachwuchses für Irrenanstalten.

Von Hilfsarzt Dr. med. *Kurt Groeschel*, Hubertusburg.

Aus meiner Anstaltsruhe aufgerüttelt durch den Artikel von Sandner (Nr. 15 dieser Wochenschrift) will ich als einer der jüngsten Hilfsärzte meine Ansicht darlegen, weshalb meine etwa gleichaltrigen Kollegen gewissermaßen einen horror vor der Irrenarzt-Karriere haben.

Ich spreche zunächst hauptsächlich von meinen Breslauer Consemestern. Wir machten 1905 unser Staatsexamen, als Psychiatrie noch gar nicht obligatorisches Prüfungsfach war. Breslau hatte noch keine psychiatrische Universitäts-Klinik. Die psychiatrischen Vorlesungen mit Krankendemonstrationen wurden in

der Breslauer städtischen Irrenanstalt abgehalten, die gerade am entgegengesetzten Stadtende von sämtlichen anderen Kliniken liegt und sich infolgedessen eines herzlich schlechten Besuches erfreute. So kam es denn, daß wir nach beendetem Staatsexamen nicht allzu tief in das Wesen der Psychiatrie eingedrungen waren. Die meisten hatten nie eine Krankenabteilung gesehen, manche überhaupt nie eine Vorlesung gehört. Daß dadurch auf der Universität für Psychiatrie wenig Interesse erweckt wurde, liegt auf der Hand. Ob es jetzt nach Einführung der Psychiatrie als offizieller Unterrichts- und Prüfungsgegenstand anders wird, kann ich nicht beurteilen.

Wenn trotzdem der eine oder der andere an eine Irrenanstalt ging, so geschah das vielfach nicht aus Liebe zur Sache. Eine große Anzahl hat wohl aus der Studenten- und Militärzeit her einige Schulden, die sie dem Alten Herrn nicht beichten wollen. Sie suchen sich also aus dem jetzt großen Angebot die best dotierten Stellen heraus. Bis vor ganz kurzer Zeit zahlten fast nur Irrenanstalten dem Anfänger 1800 Mark neben freier Station. Sie blieben also das ultimum Refugium derer, die durch die Verhältnisse gezwungen waren, bald ein auskömmliches Geld zu verdienen. Jetzt zahlen eine große Anzahl allgemeiner und spezialistischer Krankenhäuser und Knappschaftslazarette dieselbe Summe. Dabei liegen letztere Anstalten zumeist in Städten. Natürlich werden sie deshalb von den Suchenden bevorzugt.

Einige Verwaltungen scheinen diesen Grund bereits erkannt zu haben und haben die Anfangsgehälter erhöht. Voran geht Dziekanka mit 2400 und Neustadt (Westpreußen) mit 2500 Mark neben freier Station.

Sich sofort nach beendetem Staatsexamen eine Lebensstellung zu suchen, daran denken nur wenige. Der alte deutsche Wandertrieb ist doch bei den meisten zu ausgeprägt, als daß sie sich schon mit 25 Jahren in einer fern von jedem Verkehr gelegenen Anstalt vergraben ließen. Viele wollen nicht aus der Großstadt heraus. Andere verloben sich bald und wollen dann nicht die üblichen drei bis fünf Jahre warten, ehe sie mit 3000 Mark und Familienwohnung es wagen dürften, eine Familie zu gründen. Sie gehen sofort in die Praxis, oder geben nach ein- bis zweijähriger irrenärztlicher Tätigkeit ihre Stellungen auf.

Der Hauptgrund der Abneigung gegen die irrenärztliche Tätigkeit liegt aber, meiner Meinung nach, in der Unselbständigkeit des Anstaltsarztes. Es ist nicht jedermanns Sache, zeitlebens einen kontrollierenden Abteilungs-, Oberarzt oder Direktor über sich zu haben. Es ist das derselbe Grund, der so viele junge Ärzte von der militärärztlichen Laufbahn abschreckt. Die Irrenanstalten würden leichter Assistenten bekommen und es würden nicht so viele nach kurzer Tätigkeit ihre Stellungen kündigen, wenn auch dem jungen Arzte eine Abteilung selbständig zugetraut würde. Auf unüberwindliche Schwierigkeiten stößt dies sicher nicht und teilweise besteht diese Einrichtung bereits. In Schussenried (Württemberg) erhalten die Assistenzärzte bei Eignung bereits nach zweimonatiger Tätigkeit ihre eigenen Abteilungen, sicherlich nicht zum Schaden der Kranken. In den Fällen, wo der Anfänger des Rates eines Erfahrenen bedarf, wird er sich die gewünschte Auskunft wohl stets bei seinem Oberarzt holen. Mit steigender Selbständigkeit und steigender Verantwortung wächst, wie überall, auch hier die Arbeitsfreudigkeit und Lust und Liebe zur Sache. Andererseits übt es auf den jungen von Tätigkeitsdrang beseelten Arzt einen geradezu lähmenden Einfluß aus, wenn er wie ein Famulus neben seinem Oberarzt bei der Visite herläuft, oder sogar, was tatsächlich vorkommt, wie ein Sanitätsgefreiter nach Diktat Krankengeschichten schreiben muß.

Der Frage der Titulaturen wird m. E. eine übermäßige Bedeutung beigelegt. Auch mit den schönsten Titeln wird man keinen jungen Mediziner an die Irrenanstalten ketten können, so lange er nicht genügende Selbständigkeit und auskömmliches Einkommen in seiner Tätigkeit findet.

Mitteilungen.

— **Vom Amsterdamer internationalen Psychiater-, Neurologen- und Psychologen-Kongress.** Wir glauben den Kollegen die Kenntnis der nachfolgenden Auslassungen der „Deutschen Zeitung", Berlin, 8. Sept. 1907, nicht vorenthalten zu sollen:

„Du hoher Himmelsvater,
Behüt' die Psychiater!

Sie tagten vom 2. September bis heute in Amsterdam, die Psychiater, Neurologen und Psychologen aus aller Herrn Länder. Sie sind nicht so gefährlich wie die internationalen Anarchisten, die zufällig kurz vorher am gleichen Orte ihr Zelt aufschlugen, aber gefährlich können sie doch werden.

Das erste psychologische Moment, das uns in dieser Hinsicht auffiel, war, daß dieser Kongreß sich willfährig zeigte, einen höchst überflüssigen Präzedenz-

fall zu schaffen und dem Lemberger Psychiater Professor Dr. Halbane den sehr unverständlichen Gefallen zu tun, eine besondere polnische Sondergruppe auf dem Kongreß zuzulassen, obwohl nur die einzelnen Staaten besondere Gruppen bilden, von dem Bestehen eines polnischen Staates aber zur Zeit noch nichts bekannt geworden ist.

Wir nagelten neulich die frechen Folgerungen fest, die „Slowo Polskie" aus dieser neurologischen Unbedachtsamkeit und psychiatrischen Weltverlorenheit sich zu Nutze machte, und würden es für ersprießlich halten, wenn die feinnervige Tätigkeit der Herrn ihnen noch Zeit für die Ueberlegung ließe, daß es sich hier trotz aller scheinbaren Belanglosigkeit und Gleichgültigkeit des Vorfalls um einen unfreundlichen Akt gegen die Staaten Preußen-Deutschland, Oesterreich-Ungarn und Rußland handelt, die aus gröberem Stoffe die Natur schuf, als daß sie für so zarte Aufmerksamkeiten an das internationale Polentum übermäßig viel Auffassung haben sollten.

Das war aber nur eine konkrete psychiatrische Zufallsentgleisung, die sozusagen im Nebenamt geschah." . . . .

— **Göttingen**, 26. Aug. In der hiesigen Irrenanstalt starb vor einiger Zeit ein Arbeiter aus Hannover. Als die Angehörigen zur Beerdigung erschienen, wurden sie mit der Anweisung, man würde sie rechtzeitig rufen, ins Wartezimmer gewiesen. Durch ein Versehen des Wärters hatte man jedoch die Leute in dem Zimmer sitzen lassen, während die Leiche auf den dreiviertel Stunden entfernten Friedhof geschafft und bestattet wurde. Dieser unliebsame Zwischenfall hatte in der Ehefrau des Verstorbenen die Besorgnis aufkommen lassen, daß die Leiche ihres Mannes eine nicht ordnungsmäßige Verwendung gefunden, trotzdem die Anstaltsleitung versicherte, daß ihrerseits niemals eine Leiche der Anatomie überwiesen würde. Um die Frau zu beruhigen, ordnete das Landesdirektorium auf seine Kosten die Ausgrabung des Sarges und dessen Öffnung in Gegenwart der Frau an, der auch das Reisegeld nach Göttingen vergütet wurde. Die Feststellung ergab die völlig ordnungsmäßige Beerdigung des Verstorbenen. (Frankfurter Ztg. 27. 8. 07.)

— **Ein eigenartiger Betrugsprozess** wird in der nächsten Zeit die Münchener Strafkammer beschäftigen. Eine Ökonomensfrau aus Olching war mit einem Wirtschaftspächter einer Ortschaft in der Nähe des Ammersees bekannt geworden, der den Aberglauben der Frau in der schnödesten Weise ausnützte. Er wußte die Frau davon zu überreden, daß er mit überirdischen Mächten in Verbindung stehe, indem er im Beisein der Frau Zwiegespräche mit Engeln und Teufeln durch — Ofenröhren führte. Die Engel und Teufel redeten der Abergläubischen gleichermaßen zu, dem Pächter Geld zu geben, der auf diese Art von der Frau auch etwa 12000 M. erhielt. Die Betrogene verfiel in religiösen Wahnsinn und ist inzwischen an Paralyse gestorben, der Wirtschaftspächter aber wurde verhaftet und sieht nunmehr seiner Aburteilung entgegen. Außerdem schwebt in der gleichen Angelegenheit noch ein Zivilprozeß, der ebenfalls in der nächsten Zeit zum Austrag kommen soll.

(Münch. neueste Nachrichten. 8. 7. 07.)

Referate.

— Die Ursachen der Nervosität. Neue Ansichten über deren Entstehung und Verhütung von Dr. Wilhelm Stekel-Wien. Wien 1907. Verlag von Paul Knepler.

Verf., der ganz auf Freudschem Standpunkt steht, definiert die Nervosität als einen Zustand, in dem das Individuum auf äußere und innere Reize abnorm reagiert. Wohl mit Unrecht mißt er den allgemein als nervenkrankmachende Momente geltenden Schädigungen, wie Alkohol, Überarbeitung, Belastung u. s. f. bei der Entstehung der Nervosität eine untergeordnete Rolle zu. Seiner Ansicht nach ist die Nervosität bedingt durch falsche Moralheuchelei unserer Gesellschaft in sexuellen Dingen, durch die verkehrte Erziehung unserer Jugend zur Lüge und Unaufrichtigkeit, durch die Unkenntnis der eigenen Unzulänglichkeit u. s. f. Dadurch entsteht der „physische Konflikt"; zwei Strömungen ringen in der Menschenseele um die Herrschaft; ein großer Teil unserer Energien muß zur Unterdrückung und Hemmung dieser Konflikte verschwendet werden, und die Bedingungen für die Nervosität sind da: „sie ist das äußere Zeichen eines inneren Kampfes" — darum ist das beste Heilmittel der Nervosität das „Erkenne Dich selbst" des griechischen Weltweisen. Ein schwerer Neurotiker wird aber nicht imstande sein, sich allein aus dem Labyrinthe seiner bewußten und unbewußten Gedanken herauszuarbeiten. Hier beginnt das Tätigkeitsfeld des Seelenarztes.

Die von St. angeführten Beispiele bekräftigen seine Theorie und zeugen von tiefem Verständnis für das Geheimnis der Menschenseele. Sicher gibt es Neurastheniker, denen durch eine von Seiten des Arztes taktvoll vorgenommene Analyse ihres seelischen Empfindens geholfen werden kann; sie sind aber nach Ansicht des Ref. nicht das Gros. Man muß sich vor Verallgemeinerung hüten und die oben erwähnten nervenkrankmachenden Faktoren nicht außer acht lassen. Die kleine Schrift verdient Beachtung.

Heinicke-Waldheim.

Personalnachrichten.

— **Tübingen**. Privatdozent Dr. Finckh, 1. Assistenzarzt der psychiatrischen Klinik, ist als Oberarzt an der Irrenanstalt Niederschönhausen bei Berlin eingetreten.

— **Göttingen**. Dem Professor Dr. Cramer, Direktor der Klinik und Poliklinik für psychische und Nervenkrankheiten, wurde der Charakter als Geheimer Medizinalrat verliehen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 26. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft in Stärke von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark

An der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Weilmünster (Reg.-Bez. Wiesbaden) ist die Stelle eines

Assistenz-Arztes

zu besetzen.

Anfangsgehalt 1900 M. steigend bis 2400 M. neben freier Station (Wohnung, Verpflegung, Heizung, Licht, Wäsche etc.).

(Da der Bau einer dritten großen Anstalt beabsichtigt ist, sind die Aussichten auf Beförderung zum Oberarzt nicht ungünstig.)

Bewerbungen mit Approbation an die **Direktion.**

An der mit ca. 1150 Geisteskranken belegten **Landes-Heil- und Pflegeanstalt Alt-Scherbitz bei Schkeuditz** (Eisenbahn Halle-Leipzig) ist eine

Volontärarztstelle

frei und möglichst bald wieder zu besetzen. Gehalt 1800 M. neben freier Station. Bewerbungen mit kurzem Lebenslauf und Abschriften der Approbation wie etwaiger Zeugnisse erbeten an den Direktor Geheimen Sanitätsrat Dr. **Paetz.**

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in **Halle a. S.**

Religionshygiene.

Von

Oberarzt Dr. med. **Joh. Bresler.**

Preis Mk. 1,—.

Kurhaus für Nerven- und Gemüthskranke

von Dr. Richard Fischer

Neckargemünd bei Heidelberg.

Comfortabel eingerichtete Heilanstalt in schönster Lage des Neckarthales, in unmittelbarer Nähe des Waldes und ausgestattet nach allen Anforderungen der modernen Psychiatrie — Gegründet 1898. Prospekte frei durch die Direktion.

„Friedheim" Zihlschlacht
Thurgau, Schweiz.

Comfortables Heim
(gegründet 1890)

für Nerven- u. Gemüthskranke besserer Stände
incl. **Alkoholiker** beiderlei Geschl.

Dr. F. Krayenbühl
Specialarzt.

Dormiol

Billiges, prompt wirkendes **Schlafmittel** in Dosen von 0,5 — 3,0 gr. Gut bekömmlich, **keine Nebenwirkungen** beobachtet. Dem **Chloralhydrat** an **Wirkung gleich ohne dessen Nachteile.**

Dormiol-Kapseln zu 0,5 gr.

Crurin	**Bismutose**	**Orexin**
Streupulver. Antisepticum und Adstringens zum äusserl. Gebrauch.	bewährtes Adstringens und Protectivum	echtes Stomachicum **Orexin-Tabletten** und **Orexin-Chocol.-Tabletten.**

Litteratur durch: **Kalle & Co. A.-G., Biebrich a. Rh.**

Automobil (4 Cyl.)

12 HP Fafnirmotor, Phaeton, 4—5 Sitze mit Verdeck, ganz neu (Ansch.-Preis 7000 M.) billig zu verkaufen.
Näheres durch d. Exped. d. Bl. 1035

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Im Ctr. des vornehmsten W. Vorortes von Berlin, ist ein mit der **Konzession zum Betriebe einer Irrenanstalt** versehenes Grundstück (geeignetes Anstaltsgebäude mit grösserem Park) **baldmöglichst** unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre: **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

Hartglasplatten zur Verglasung von

Unruhigen- und Tobzellen,

sowie für **Beobachtungsfenster**

infolge ihrer **grossen Widerstandsfähigkeit**

unbedingt zuverlässig,

bei vielen Anstalten seit langen Jahren im Gebrauche, liefert **unter Garantie** billigst

Curt Zieger, Hartglasfabrik, **Dresden-A. 18.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 26. 21. September 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Ist den wegen Geisteskrankheit aus Strafanstalten in Irrenanstalten überführten Gefangenen die Zeit ihres Aufenthaltes in den Irrenanstalten auf die Strafzeit anzurechnen?

Von Dr. *P. Rixen*, leitender Arzt der Irrenabteilung an der Königlichen Strafanstalt zu Münster.

Ein Verurteilter, welcher während der Strafverbüßung an einer Geistesstörung erkrankt, wird zunächst der zuständigen Strafanstaltsirrenabteilung zur Anstellung eines Heil- und Beobachtungsverfahrens überwiesen. Ergibt die Beobachtung, daß der Gefangene an einer unheilbaren Seelenstörung leidet, oder, daß eine Wiederherstellung der Strafvollzugsfähigkeit in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist, so wird auf Antrag des Irrenabteilungsarztes die Entlassung des Gefangenen aus der Strafhaft durch die Minister des Innern und der Justiz verfügt, und derselbe zur weiteren Behandlung und Pflege einer öffentlichen Irrenanstalt überwiesen. Unter den günstigen Verhältnissen, wie sie eine Irrenanstalt darbietet, tritt nicht selten in dem Befinden des Erkrankten eine wesentliche Besserung ein. Handelt es sich doch bei den während des Strafvollzuges psychisch Erkrankten zum großen Teil um Schwachsinnige und Degenerierte, die den Schädigungen der Strafhaft nicht gewachsen sind. In den Irrenanstalten schwinden vielfach die Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen, die mannigfachen körperlichen Beschwerden bessern sich und die Stimmung wird eine gleichmäßige. Nach kürzerem oder längerem Aufenthalt in der Irrenanstalt wird der Verurteilte wieder als detentionsfähig bezeichnet und auf Anordnung der Staatsanwaltschaft zur weiteren Strafverbüßung wieder in die Strafanstalt eingeliefert. Bevor der Gefangene aber dem geordneten Strafvollzuge übergeben wird, hat eine neue Beobachtung desselben in der Irrenabteilung, in welcher er früher beobachtet worden war, stattzufinden. Meist ergibt diese erneute Beobachtung, daß von Strafvollzugsfähigkeit bei dem Verurteilten keine Rede sein kann; Versuche, denselben in der Strafanstalt seine Strafe weiter verbüßen zu lassen, schlagen fehl. Derselbe fügt sich nicht den Anordnungen der Beamten, weigert sich, zu arbeiten, äußert wieder Wahnvorstellungen, wird erregt und aggressiv und muß nach kurzer Zeit wieder in die Irrenabteilung aufgenommen werden. Der Arzt der Irrenabteilung sieht sich in die Notwendigkeit versetzt, von neuem die Entlassung des Gefangenen aus der Strafhaft und seine Überführung in eine Irrenanstalt zu beantragen. Der während der Strafverbüßung psychisch erkrankte Gefangene wird so wie ein Spielball unausgesetzt zwischen Strafanstalt, Irrenabteilung und Irrenanstalt hin- und hergeworfen. Daß dieses Verfahren unhuman ist und einen ungünstigen Einfluß auf den Kranken ausüben muß, leuchtet ohne weiteres ein. Der größte Mißstand liegt jedoch darin, daß bisher die Zeit des Aufenthaltes in Irrenanstalten auf die Strafzeit nicht angerechnet wurde. Der Verurteilte galt als aus dem Strafvollzuge entlassen, die Strafe wurde als durch den Irrenanstaltsaufenthalt unterbrochen betrachtet. Dadurch verlängerte sich die Strafzeit immer wieder um die Zeit, in welcher der Kranke in einer Irrenanstalt untergebracht war, das Ende der Strafe war in vielen Fällen gar nicht abzusehen, wie ein Damoklesschwert schwebte der Rest der Strafe ständig über dem Haupte des Verurteilten.

Gegen die bisher gehandhabte Art der Strafunterbrechung bei psychischer Erkrankung eines Verurteilten und Überführung desselben in eine Irrenanstalt bestehen auch erhebliche rechtliche Bedenken. Der § 493 der St. P. O. enthält folgende Bestimmung:

„Ist der Verurteilte nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht worden, so ist die Dauer des Aufenthaltes in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen, wenn nicht der Verurteilte mit der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, herbeigeführt hat."

Daß hier unter Krankheit auch Geisteskrankheit und unter Krankenanstalt auch eine Irrenanstalt verstanden werden muß, bedarf wohl keiner weiteren Begründung. Der § 493 benutzt auch den Ausdruck „unterbrechen", eine Unterbrechung des Strafvoll

zuges durch geistige Erkrankung muß demnach in die Strafzeit eingerechnet werden.

Gegen diese Auffassung wird angeführt, daß der Verurteilte durch die Verfügung des Ministers des Innern und der Justiz aus der Strafhaft entlassen werde, daß der aus der Strafhaft Entlassene nicht mehr zur Verfügung der Strafvollstreckungsbehörde stehe und während seines Aufenthaltes in der Irrenanstalt ein Strafvollzug nicht mehr vorliege. Demgegenüber bestehen sowohl aus formellen wie materiellen Gründen Bedenken.

Zunächst ist eine Entlassung aus dem Strafvollzuge durch Verfügung der Minister in der Strafprozeßordnung nicht vorgesehen. Wohl ist gemäß § 490 Abs. 3 eine Unterbrechung der Strafvollstreckung auf Anordnung des Gerichtes möglich. Der § 490 bestimmt:

„Wenn über die Auslegung eines Strafurteils oder die Berechnung der erkannten Strafe Zweifel entstehen, oder wenn Einwendungen gegen die Zulässigkeit der Strafvollstreckung erhoben werden, so ist die Entscheidung des Gerichts herbeizuführen. — Der Fortgang der Vollstreckung wird hierdurch nicht gehemmt; das Gericht kann jedoch einen Aufschub oder eine Unterbrechung der Vollstreckung anordnen."

Bei dem bisherigen Modus der Entlassung in der Strafhaft geistig erkrankter Verurteilter findet eine Mitwirkung des Gerichtes, wie der § 490 sie vorsieht, aber nicht statt, die Entlassung erfolgt vielmehr rein auf dem Verwaltungswege.

Aber auch materiell findet bei der Überführung eines geistig Erkrankten in eine Irrenanstalt eine Unterbrechung der Strafhaft nicht statt. Der Verurteilte wird nach Abschluß der Beobachtung in der Irrenabteilung der Strafanstalt der Polizeibehörde übergeben, diese bringt ihn zwangsweise in eine Irrenanstalt, in der Irrenanstalt befindet er sich dauernd unter Aufsicht und sicherer Verwahrung, nach seiner Genesung wird er wieder zwangsweise durch die Polizei der Strafanstalt zugeführt. Eine Entlassung aus dem Strafvollzuge setzt aber voraus, daß der Entlassene seine freie Willensbestimmung wieder erlangt und sich dorthin begeben kann, wohin er will. Die Entlassung aus der Strafhaft erfolgt, wenn auch nicht unter dem ausdrücklich ausgesprochenen und festgelegten, so doch beträchtlichen Vorbehalt, daß der Verurteilte nach seiner Entlassung seine Strafe weiter verbüßt. Das geht auch daraus hervor, daß die Strafvollstreckungsbehörde, die Staatsanwaltschaft, sich bei der Direktion der Irrenanstalt nach dem Zustande und der event. Strafvollzugsfähigkeit des Verurteilten erkundigt, häufig der Irrenanstaltsdirektion direkt Anweisung gibt, ihr von der Genesung des Erkrankten Mitteilung zu machen und ihn nach seiner Genesung durch die Polizei wieder der Strafanstalt zuführen läßt.

Die Entscheidungen der Gerichte gehen, wie aus den am Schlusse dieser Ausführungen zitierten Gerichtsbeschlüssen hervorgeht, weit auseinander. Die Rechtsauffassung ist eine völlig verschiedene; eine einheitliche, endgültige Regelung hinsichtlich der Berechnung der in Irrenanstalten verbrachten Zeit ist im Interesse der Kranken und im Interesse eines geordneten Strafvollzuges unumgänglich notwendig. Wie es kommt, daß in dem einen Falle der Irrenanstaltsaufenthalt auf die Strafe in Anrechnung gebracht wird, in dem anderen nicht, das vermag der Gefangene nicht einzusehen. Bei seinem besonders entwickelten Rechtsgefühl empfindet er es doppelt schmerzlich und als persönliche Kränkung, wenn ihm der Irrenanstaltsaufenthalt nicht angerechnet wird, während er anderen in Anrechnung gebracht wird.

Es ist kein „Humanitätsdusel", sondern eine Forderung der Gerechtigkeit, Billigkeit und Menschlichkeit, daß den im Strafvollzug geistig Erkrankten der Aufenthalt in den Irrenanstalten auf die Strafzeit eingerechnet wird. Die Furcht vor Simulanten, die sich durch Vortäuschung geistiger Erkrankung dem Aufenthalte in der Strafanstalt entziehen und in Irrenanstalten ihre Strafzeit hinbringen würden, ist unbegründet. Die Simulation geistiger Störung ist ein so seltenes Vorkommnis, daß praktisch von ihr völlig abgesehen werden kann. Andererseits würde es bei Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes ausgeschlossen sein, daß ein Mann 1899 wegen Verleitung zum Meineid drei Jahre Zuchthaus erhält und seitdem bis jetzt, 1907, zwischen Strafanstalt und Irrenanstalt hin- und herpendelt und das Strafende auch heute noch nicht abzusehen ist. Möge bald die Angelegenheit einheitlich dahin entschieden werden, daß in allen Fällen, in denen ein Verurteilter während der Strafvollstreckung geistig erkrankt, die Zeit seines Aufenthaltes in Irrenanstalten auf die Strafzeit angerechnet wird.

I.

Beschluß.

Dem Gefangenen Jakob W., z. Zt. im Zuchthause in Münster, ist die Zeit vom 5. Jan. 1887 bis zum 8. Aug. 1891, während welcher er sich als Geisteskranker in einer Irrenanstalt befand, in die Strafe einzurechnen.

Gründe.

Nach § 493 St. P. O. ist dem Verurteilten, der nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht worden ist, die Dauer dieses Aufenthaltes in die Strafzeit einzurechnen, wenn er nicht in der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, die Krankheit herbeigeführt hat.

Der Verurteilte W. hat die fragliche Zeit in verschiedenen von der Strafanstalt getrennten Irrenanstalten verbracht. Der Verdacht, daß er die Krank-

heit herbeigeführt habe, in der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, ist nach Lage der Sache ausgeschlossen. Die von der Königlichen Staatsanwaltschaft vertretene Anschauung, es sei durch die auf Grund des Erlasses des Ministers des Innern vom 29. Juni 1887 erfolgte Entlassung des W. aus der Strafanstalt eine Unterbrechung der Strafvollstreckung eingetreten, erscheint nicht begründet. Eine solche Unterbrechung der Strafvollstreckung im Falle der Erkrankung des Verurteilten ist zwar an sich nicht ausgeschlossen.

Zur Entscheidung hierüber ist aber schon nach der allgemeinen Bestimmung des § 483 St. P. O. lediglich die Staatsanwaltschaft berufen. Derselben ist durch die Verfügung des Justizministers vom 14. Aug. 1879 auch ausdrücklich die Bewilligung von Strafunterbrechungen übertragen.

Im vorliegenden Falle ist aber eine derartige Entschließung der Staatsanwaltschaft nicht erfolgt, die Akten ergeben vielmehr nur, daß ihr von der Entlassung des Verurteilten aus dem Zuchthause Kenntnis gegeben ist und sie sich hierbei beruhigt hat. Um eine Unterbrechung der Strafvollstreckung im Sinne des Gesetzes herbeizuführen, wäre es erforderlich gewesen, daß die Staatsanwaltschaft die dazu notwendige förmliche Entschließung getroffen und diese dem Verurteilten in der vorgeschriebenen Form bekannt gemacht hätte. Daß der Verurteilte in der in Frage stehenden Zeit sich tatsächlich aus einem ihm nicht zuzurechnenden Grunde außerhalb der Strafanstalt befunden hat, stellt für sich allein eine Unterbrechung der Strafvollstreckung nicht dar, ebensowenig wie ein zwar stattgefundener aber nicht angeordneter Vollzug der Strafe als eine „Strafvollstreckung“ betrachtet werden kann. (Vergl. Entscheidung des R. G. Bd. 5, S. 332.)

Cleve, den 23. Mai 1898.

Königliches Landgericht, Strafkammer.

II.

Beschluß.

Die gegen den Tagelöhner Johann Sch. aus Düsseldorf, z. Zt. in Werden in Strafhaft, durch Urteil der 2. Strafkammer des Königlichen Landgerichts in Düsseldorf vom 18. Februar 1888 erkannte Zuchthausstrafe von 15 Jahren wird berechnet vom 12. April 1893 bis zum 7. August 1908.

Gründe.

Die Strafvollstreckung der 15jährigen Zuchthausstrafe des Sch. hat begonnen am 12. April 1893, an dem die 7jährige Zuchthausstrafe des Sch. aus dem Urteile vom 21. Dezember 1883 in Sachen B 154/83 hiesiger Stelle verbüßt war. Sch. ist dann:

1. aus der Alexianeranstalt in Neuß am 30. Septbr. 1895 entwichen, am 16. Oktober wieder eingeliefert, also sechzehn Tage auf freiem Fuße gewesen:

2. aus derselben Anstalt entwichen in der Nacht zum 5. November 1895, wieder eingeliefert in der Nacht zum 13. November 1895, acht Tage auf freiem Fuße gewesen;

3. aus der Irrenpflegeanstalt Ebernach bei Cochem entwichen am 12. September 1896, eingeliefert am 17. September 1896, also fünf Tage auf freiem Fuße gewesen;

4. ebenda entwichen am 12. Januar 1897, wieder eingeliefert am 2. März 1897, also 49 Tage auf freiem Fuße gewesen;

5. ebenda entwichen am 1. Juni 1897, wieder verhaftet am 3. Juni 1897, also drei Tage auf freiem Fuße gewesen;

6. ebenda entwichen am 20. November 1897, wieder eingeliefert am 7. Dezember 1897, also siebzehn Tage auf freiem Fuße gewesen;

7. ebenda entwichen am 24. Juli 1898, wieder eingeliefert am 2. August 1898, also neun Tage auf freiem Fuße gewesen;

7. ebenda entwichen am 11. Juli 1899, wieder eingeliefert am 21. Juli 1899, also zehn Tage auf freiem Fuße gewesen.

Sch. ist also im ganzen 117 Tage auf freiem Fuße nach Beginn der Strafvollstreckung gewesen, diese sind von der Anrechnung in die Strafzeit ausgeschlossen.

Dagegen ist in die Strafzeit einzurechnen und zwar im Einklang mit dem Antrage der Königlichen Staatsanwaltschaft, die Zeit vom 10. Januar 1901 bis 20. Juni 1902 und vom 6. November 1903 bis 31. August 1904, in der Sch. in einer Irrenanstalt untergebracht war. Nach § 493 St. P. O. ist die Dauer des Aufenthaltes in der Krankenanstalt, in welche der Verurteilte nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit — worunter nach allgemeiner Ansicht auch Geisteskrankheit, um die es sich im vorliegenden Fall handelt, zu verstehen ist — gebracht worden ist, in die Strafe einzurechnen.

Die Anwendbarkeit dieser Bestimmung ist ausgeschlossen, wenn der Verurteilte, um in die Krankenanstalt überführt zu werden, aus der Haft entlassen ist. Eine solche Haftentlassung und damit Strafunterbrechung liegt hier nicht vor. Sch. ist zwar durch die Verfügungen der Herren Minister der Justiz und des Innern vom 5. Dezember 1901 und vom 28. März 1903 aus der Haft entlassen worden, diese Entlassung hat aber nur formellen Charakter. Abgesehen davon, daß Sch. selbst ausweislich der Akten diese Haftentlassung nicht mitgeteilt worden ist und nach einer Entscheidung des Kammergerichts vom 15. November 1888 angezogen in der Justizministerial-Verfügung vom 3. Dezember 1902 schon deshalb die Anrechnung der in der Anstalt verbrachten Zeit zu erfolgen hat, ist eine Entlassung materiell gar nicht eingetreten. Von einer solchen kann (vergl. Entscheidung des Oberlandesgerichtes in Colmar vom 2. Juli 1891, enthalten in Goldtammers Archiv, Band 39, S. 189) nur dann die Rede sein, wenn der Gefangene seine freie Willensbestimmung wieder erhält, d. h. vor allem sich dorthin begeben kann, wohin er will. Im vorliegenden Fall ist jedoch Sch. unmittelbar aus dem Zuchthaus unter strenger Bewachung in das Irrenhaus gebracht worden, ist aus dem Irrenhaus ebenfalls wieder unter Bewachung zurücktransportiert worden und hat somit keinen Augenblick sich in Freiheit befunden. Er befand sich während der ganzen Zeit zur Verfügung der Strafvollstreckungsbehörde, die ihn, wie unbedingt angenommen werden muß und durch den Satz in der Entlassung vom 5. Dezember 1901 (Bl. 394 der Akten) bestätigt wird: „sofern seine weitere Verwahrung in einer Irrenanstalt gesichert erscheint“, nur entlassen hat, um ihn zwangsweise in

die Krankenanstalt zu bringen, und zwar unter dem — wenn auch stillschweigenden, aber praktisch durchgeführten — Vorbehalt, daß er nach seiner Heilung nicht entlassen, vielmehr der Strafanstalt wieder zugeführt werde.

Eine tatsächliche Haftentlassung ist somit nicht erfolgt. Die in der Irrenanstalt verbrachte Zeit mußte demnach auf die Strafzeit in Anrechnung gebracht werden.

Düsseldorf, den 26. November 1904.

Königliches Landgericht, Strafkammer II.

III.

Beschluß.

In der Strafsache gegen den Bergmann Wilhelm O. wegen Körperverletzung wird beschlossen:

Die von dem Verurteilten während der Dauer seiner Erkrankung in der Provinzialheilanstalt zu Münster verbrachte Zeit — 22. Februar 1907 bis 15. Mai 1907 — wird in die Strafzeit eingerechnet.

Kosten für diesen Beschluß bleiben außer Ansatz.

Gründe.

Nach § 493 St. P. O. muß die Zeit, die der nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit in einer von der Strafanstalt getrennten Krankenanstalt untergebrachte Strafgefangene zubringt, in die Strafzeit eingerechnet werden — falls nicht der Verurteilte mit der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, die Krankheit herbeigeführt hat. Daß ein solcher Ausnahmefall vorliegt, ist aus den Akten nicht ersichtlich, auch nicht behauptet worden. Ebensowenig haben die Strafakten und die Akten der Provinzialheilanstalt zu Münster ergeben, daß eine vorbehaltliche Unterbrechung der Strafhaft während der Unterbringung des Verurteilten in die Krankenanstalt angeordnet worden ist.

Bochum, den 26. Juni 1907.

Königliches Landgericht, Strafkammer III.

IV.

Ich lehne es ab, Ihren Aufenthalt in den Irrenanstalten auf die Strafzeit anzurechnen. Der § 493 St. P. O. regelt nur den Fall, wenn keine Unterbrechung der Strafhaft eingetreten ist. Im vorliegenden Fall sind Sie aber durch Verfügung der Herren Minister der Justiz und des Innern vom 5. April 1906 zwecks Unterbringung in Irrenanstalten aus der Strafhaft entlassen worden.

Hagen, den 12. Juni 1907.

V.

Ihrem Gesuche vom 21. März d. Js. um Anrechnung der Zeit, während welcher Sie in der Anstalt Eickelborn untergebracht waren, auf Ihre Strafe, kann nicht entsprochen werden.

Münster, den 27. März 1907.

VI.

Der Erste Staatsanwalt.
Auf Ihre Eingabe vom 30. Mai 1907.

Da Sie am 21. Dezember 1906 aus der Strafhaft entlassen worden sind, kann die bis zu Ihrer Wiedereinlieferung in die Strafanstalt am 10. Mai 1907 verflossene Zeit auf die Strafe nicht angerechnet werden. § 493 St. P. O. trifft nur dann zu, wenn keine Entlassung aus der Strafhaft stattgefunden hat.

Im übrigen stelle ich Ihnen aber anheim, falls Sie sich einen Erfolg davon versprechen, auf eine Entscheidung durch die hiesige Strafkammer anzutragen.

Bonn, den 3. Juni 1907.

VII.

Beschluß.

In der Strafsache gegen N. wegen Diebstahls usw. wird der Antrag des Verurteilten, ihm die Zeit seines Aufenthalts in den Irrenanstalten in Marsberg und Grafenberg in die Strafzeit einzurechnen, abgelehnt, weil der Antragsteller als strafvollzugsunfähig am 1. Februar 1907 aus der Strafhaft entlassen worden ist. Der Antragsteller war damals geisteskrank. Gegen einen Geisteskranken findet aber nach § 487 der St. P. O. eine Fortsetzung der Strafvollstreckung nicht statt. Die Strafvollstreckung hat erst wieder begonnen, als am 10. Juni 1907 um 6¼ Uhr der Antragsteller in die Strafanstalt in Siegburg eingeliefert wurde.

Duisburg, den 12. Juli 1907.

Königliches Landgericht, Strafkammer II

VIII.

Beschluß.

In der Strafsache gegen den Maurerhandlanger Daniel K. aus Niederbuchholz, z. Zt. in Strafhaft in der Strafanstalt in Münster, wegen Sittlichkeitsverbrechens, hat auf die form- und fristgerecht eingelegte sofortige Beschwerde des K. gegen den Beschluß des Königlichen Landgerichts, Strafkammer zu Bonn vom 14. Juni 1907, wodurch der Antrag des K., ihm die in der Irrenanstalt Marienthal und Bonn zugebrachte Zeit in die noch zu verbüßende Zuchthausstrafe einzurechnen abgelehnt wurde, der Strafsenat des Königlichen Oberlandesgerichts zu Köln am 11. Juli 1907 beschlossen:

Die sofortige Beschwerde wird auf Kosten des Beschwerdeführers verworfen.

Gründe.

Der Beschwerdeführer ist, nachdem der Minister des Innern und der Justizminister sich am 8. Dez. 1906 mit seiner Entlassung aus der Haft einverstanden erklärt hatten, am 21. Dez. 1906 aus der Strafhaft entlassen und in die Provinzial-Irrenanstalt in Marienthal und später in Bonn überführt worden. Am 10. Mai 1907 ist er in die Strafanstalt wieder eingeliefert worden. Die Entlassung aus der Strafhaft geschah ohne jeden Vorbehalt. Die Vollstreckungsbehörde, die Königliche Staatsanwaltschaft in Bonn, hat auch bei der Unterbringung in die Irrenanstalt in keiner Weise mitgewirkt. Während des Aufenthaltes des K. in den Irrenanstalten hat also kein Strafvollzug stattgefunden. Bei einer solchen Unterbrechung der Strafvollstreckung findet § 493 St. P. O. keine Anwendung, so daß die Dauer dieses Aufenthaltes in die Strafzeit nicht eingerechnet werden kann. Dies entspricht der feststehenden Rechtsprechung des Strafsenates (vergl. die Beschlüsse W. 320/03, 142/04 und 13/07) und deckt sich auch mit der Ansicht des Beschlusses des Oberlandesgerichts in Colmar (Goldt. Arch. Bd. 39 S. 189), auf den sich der Beschwerdeführer bezieht

und aus dem er irrig herleitet, daß die Verfügung der Minister des Innern und der Justiz vom 8. Dezember 1906 nur formellen Charakter habe; in Wirklichkeit sei durch seine Überführung in die Irrenanstalt die Strafhaft nicht unterbrochen worden, da er nicht in Freiheit entlassen sei, sondern stets unter sicherer Bewachung gestanden habe; da auch seine Überführung in die Irrenanstalt unter dem stillschweigenden Vorbehalt erfolgt sei, daß er nach seiner Genesung wieder in die Strafanstalt zurückgebracht werde, so habe materiell eine Entlassung aus der Haft nicht stattgefunden. Mit diesen Ausführungen kann die Tatsache, daß K. aus der Strafhaft entlassen worden ist, nicht widerlegt werden. Wenn er nicht die Freiheit erhielt, sondern in die Obhut der Irrenanstalt gebracht wurde, so geschah dies nicht unter Mitwirkung der Staatsanwaltschaft zur Sicherung des Strafvollzugs, sondern seitens der Verwaltungsbehörde in Ausübung der Fürsorge für die Geisteskranken. Von einem stillschweigenden Vorbehalt, daß K. nach seiner Genesung der Strafanstalt zur weiteren Strafverbüßung überwiesen werde, kann nicht die Rede sein. Ein solcher Vorbehalt folgt namentlich nicht daraus, daß die Staatsanwaltschaft nach der Genesung des K. seine Überführung aus der Heilanstalt in die Strafanstalt veranlaßte. Denn es war ihre Pflicht, den Rest der Strafe zu vollstrecken, sobald K. fähig war, die Strafe zu verbüßen.

Hiernach mußte die Beschwerde mit Kostenfolge gemäß § 505 St. P. O. verworfen werden.

Charakterveränderungen in der Remission der progressiven Paralyse.

Von Dr. *August Hegar*, Wiesloch bei Heidelberg.

Wer Gelegenheit hat, Paralytiker jahrelang während des größten Teils ihrer Erkrankung zu verfolgen, wird wohl der Beobachtung beistimmen, daß der Ablauf der Krankheitserscheinungen trotz der wechselnden Einzelbilder sich gesetzmäßig regelt. Wenn ich den Verlauf des Leidens — allerdings in großen Zügen — skizzieren darf, so haben wir zuerst ein sich oft lang hinziehendes Depressionsstadium mit allgemeinen nervösen Beschwerden, Krankheits- und Hemmungsgefühl, das sich unter Umständen bis zum schweren melancholischen Anfall verdichten kann. Dann folgt nach einer meist kurzen Pause anscheinend ganz normalen Befindens oder auch in jähem Übergange das manische Exaltationsstadium, oder wie es früher genannt wurde, kongestive Stadium, das nach meiner Erfahrung immer vorhanden ist, nur häufig nicht zu unserer Kenntnis oder Beobachtung kommt. Daran schließt sich, ebenfalls rasch einsetzend, das Stadium der Remission und endlich das Stadium der zahlreichen Anfälle und des endgültigen Verfalls; den Übergang zu dem letzteren bildet häufig ein Wiederaufflackern der Erregung mit einem schwachen Abklatsch der früheren Größenideen.

Den Begriff der Remission werden wir nun nicht zu eng ziehen dürfen, wir werden von einer solchen nicht nur beim Nachlaß, sondern auch bei Stillstand der Krankheitserscheinungen sprechen. Wir haben dann auf der einen Seite einen fast völligen Rückgang der motorischen Symptome und eine wesentliche Ausgleichung der psychischen Defekte, so daß dem Kranken die Rückkehr zu Familie und Beruf möglich wird, auf der anderen Seite bleibt der Kranke in dem schwer geschädigten Zustande, den das Erregungsstadium bei ihm zurückgelassen hat; die Lähmungserscheinungen, besonders die Sprachstörung, bilden sich nicht mehr zurück, es besteht eine mehr oder minder große geistige Unklarheit weiter. Es tritt jedoch ein Beharrungszustand ein, der sich auf Jahre hinaus erstrecken kann und in dem die Zerstörungen der Krankheit keine Fortschritte mehr machen; die Kranken zeigen eine gleichmäßige, meist zufriedene, oberflächlich heitere Stimmung, befinden sich körperlich wohl, nehmen enorm an Gewicht zu; selten treten leichte Anfälle auf. — In dieser Form der Remission befanden sich die Kranken, über die ich hier berichten möchte.

Böttger hat in einem 1878 gehaltenen Vortrage*) darauf aufmerksam gemacht, daß in der Remission der Paralyse bestimmte Charaktereigentümlichkeiten verloren gehen, andererseits solche auftreten, die man vor der Erkrankung nicht beobachten konnte. Seine Beispiele beziehen sich zu einem großen Teile auf eine Veränderung zum Schlechtern, wie dies ja bei der Schädigung der höheren Vorstellungskreise erklärlich ist. Bei meinen Beobachtungen handelt es sich im Gegenteil um eine günstige Wendung im Krankheitsbilde, um das Auftreten einer außerordentlichen, an Pedanterie grenzenden Ordnungsliebe, eine Erscheinung, die im Widerspruch steht zu der landläufigen Annahme, daß der Paralytiker unter allen Geisteskranken am meisten losgelöst sei von Ordnung und Anstand, daß er die höchsten Grade des Sichgehenlassens und der Vergeßlichkeit zeige.

Bei den von mir beobachteten Kranken handelt es sich fast nur um Männer, doch konnte ich auch bei zwei Frauen die zu schildernden Eigenschaften feststellen; die Diagnose war jedem Zweifel entzogen, wurde in allen Fällen durch die Obduktion bestätigt; Hirnlues, alkoholische Verblödung u. a. waren auszuschließen; nur zwei Kranke zeigten insofern eine Abweichung, als die paralytischen Symptome sich an eine seit Jahren bestehende Tabes anschlossen.

*) Zeitschrift f. Psychiat. Bd. 34.

Der erste Kranke war ätiologisch mit Lues und Potatorium belastet. Er erkrankte manifest im Sommer 1898, wurde 1899 in einem hochgradigen Erregungszustande mit Größendelirium der Anstalt Illenau zugeführt. Es traten zahlreiche Anfälle auf, ferner heftige Schreikrämpfe. Der Kranke war vollständig verwirrt, zeigte schwere ataktische Störungen. Januar 1900 erkrankte er an einer doppelseitigen Pneumonie, während der die Unruhe unverändert fortdauerte. Erst mit Eintritt der Rekonvalescenz wurde er ruhiger; es fiel dabei auf, daß er nicht sehen konnte, wenn die im gleichen Raume liegenden Kranken ihre Bettstücke umherwarfen, aus dem Bette gingen, oder sonst eine Störung verursachten; er schimpfte sie aus, beobachtete zitternd vor Zorn, ob sie trotz seiner Mahnung mit ihrer Unordnung wieder anfingen, verklagte sie bei Arzt und Wärtern. Als er kräftiger wurde, ging er selbst hin, schob den Kranken ins Bett, deckte ihn ordentlich zu; es kam ihm auch nicht darauf an zuzuschlagen, wenn es keine Ruhe gab. Mit freierer Bewegung setzte er seine Tätigkeit fort; er beschäftigte sich mit großem Eifer und unermüdlich mit leichten Hausarbeiten, renommierte mit seiner Geschicklichkeit, spottete über andere Kranke, die sich nicht nützlich machen konnten, versuchte sie mit großem Geschrei anzuleiten. Selbst durchaus reinlich und geordnet, verlangte er dies auch von den andern; er entwickelte sich immer mehr als ein kleiner Abteilungstyrann; er kontrollierte die Mitpatienten beim Essen und in der Kleidung; er ermahnte sie, die Knöpfe zu schließen, schimpfte sie derb aus, wenn sie rückfällig wurden. Er duldete keine Störung, verwirrten Kranken wies er einen bestimmten Platz an, auf den er sie immer wieder zurückführte; bei jeder Unordnung rief er die Wärter; er war bei der Abgabe des Essens, des Brotes, auf seinem Posten, achtete auf alles, was vorging. Dabei war er räumlich und zeitlich vollständig desorientiert, gab auf Fragen immer ganz stereotype Antworten. Diese geschilderten Erscheinungen wurden zwei Jahre lang unverändert beobachtet. Als die Ehefrau den Kranken dann nach Hause nehmen wollte, trugen wir erst Bedenken, den ganz verwirrten und immerhin leicht erregbaren Kranken mitzugeben; unsere Befürchtungen erwiesen sich jedoch als unbegründet, der Kranke hielt sich zu Hause musterhaft, er setzte das in der Anstalt nach der Uhr geregelte Leben auch daheim fort, er rührte, obgleich er als früherer Potator strenuus in der von seiner Frau weitergeführten Bierwirtschaft Gelegenheit genug gehabt hätte, keinen Tropfen an; die Ehefrau gab mir an, so ordentlich sei ihr Mann in seinen gesunden Tagen nie gewesen. Der Kranke war dann über zwei Jahre zu Hause, bis ein schwerer Anfall seine Rückverbringung in die Anstalt im Jahre 1905 nötig machte, wo er dann bald starb.

Zu gleicher Zeit bekam ich noch einen Kranken zur Beobachtung, der die Erscheinungen der Ordnungsliebe in noch höherem Maße darbot. Krankheitsbeginn 1898, Anstaltsaufnahme 1899. Zuerst ein schweres Erregungsstadium mit höchster Ungeordnetheit und Schreikrämpfen. 1901 wird der Kranke allmählich ruhiger; es fiel bei ihm ein sehr weitschweifiges detailliertes Erzählen auf, das keine Einzelheiten verloren gehen ließ; dabei ein äußerst höfliches Benehmen, wie man es bei einem so blöden Kranken nicht voraussetzen konnte. 1902 bildeten sich dann folgende Eigentümlichkeiten aus: er war von der peinlichsten Reinlichkeit, versuchte jeden Flecken an seiner Kleidung zu entfernen; er ordnete auch den Anzug anderer Patienten, was ihm bei seiner Ungeschicklichkeit sehr schwer fiel; er achtete in der Abteilung auf Ruhe und Ordnung, rief sofort den Wärter, wenn ein Kranker etwas verderben wollte, wenn er Essen oder über seine Portion Brot in die Tasche stecken wollte. Er kannte alle Einrichtungen, die zum regelmäßigen Betriebe der Anstalt gehörten, wußte genau Bescheid über Essen und Wäscheabgabe, zählte die Portionen, Geschirre und Bestecke ab, er rief zum Schlafengehen und zum Aufstehen, kurz, er war die verkörperte Hausordnung; er kannte sogar die Extraverordnungen und ärztlichen Anordnungen für andere Patienten, erinnerte den Wärter daran, er paßte auf, ob der Arzt die Abteilung betrat, eilte mit dem Rufe: „Der Herr Verwalter kommt" in den Saal, wies die Kranken auf ihre Plätze, stellte sich dann selbst auf, erwartete die Anrede des Arztes und rapportierte über die anderen Kranken. Die Aufmerksamkeit und das Gedächtnis für alle diese Dinge standen in einem schroffen Gegensatze zu seinem sonstigen verblödeten Zustande. Bemerkenswert war noch, daß Patient geradezu schmerzhaft affiziert wurde durch den Lärm und das Umhertreiben der anderen Kranken, er schrie schon, wenn jemand, auch ohne ihn zu berühren, vorbeiging, er hatte immer Angst, daß er gestoßen würde. Auch objektiv konnte diese Hyperästhesie festgestellt werden. Nach etwa dreijährigem Bestande verschwanden mit zunehmendem Verfall die geschilderten Erscheinungen; der Tod trat 1906 ein.

Ein dritter Kranker aus dieser Zeit, mit einer Krankheitsdauer seit der Aufnahme von sieben und einem stationären Zustand von über vier Jahren richtete seine ordnende Tätigkeit weniger auf seine Person, als auf die Ordnung der Abteilung. Er war ständig beschäftigt zu putzen, zu kehren, Papierschnitzel aufzulesen.

Im Laufe der nächsten Jahre, konnte ich dann noch bei verschiedenen Paralytikern diesen Ordnungs-

sinn beobachten, fand ihn eigentlich, wenn auch nur rudimentär, bei allen. Es zeigte mir dies, daß hier nicht, wie ich anfangs glaubte, die Individualität verändernd auf das Krankheitsbild einwirkte, sondern daß es sich um ein aus dem Krankheitsverlauf hervorgehendes Symptom handelte. Um so mehr war dies anzunehmen, als eine genaue Nachfrage bei den Angehörigen ergab, daß die Kranken sich früher nie durch besondere Pünktlichkeit und Ordnungsliebe ausgezeichnet hatten. Daß die Erscheinung nicht immer so deutlich wie bei dem erst geschilderten Kranken hervortrat, möchte ich auf die größere Ausdehnung der Bettbehandlung zurückführen, die ja bekanntlich für die Entwickelung unberechtigter und berechtigter Eigentümlichkeiten wenig günstig ist. Ich dachte natürlich auch an Anstaltsartefakte, doch war ein großer Teil der Kranken zu kurz da, als daß man dies hätte annehmen können.

Ich führe noch eine Reihe von Beobachtungen an, wie ich sie gruppenweise bei Paralytikern antraf. Erwähnen möchte ich zuerst einen Kranken höherer Stände, der fast bis zuletzt die Formen der guten Gesellschaft strenge innehielt, der noch in schwer gelähmtem Zustande an dem gemeinsamen Tische teilnehmen konnte, dort sich nicht nur selbst keinerlei Verstoß gegen die gute Sitte zuschulden kommen ließ, sondern auch jeden solchen seitens anderer Tischgenossen unangenehm empfand. Die in den Unterhaltungsräumen zu allgemeinem Gebrauch liegenden Gegenstände hielt er immer in Ordnung. Auch für sein Zimmer war er peinlich besorgt; jeder Gegenstand mußte auf seinem Platz sich befinden; er hatte immer Angst, daß etwas verstellt oder weggenommen werden könnte. Auch bei Kranken niederer Stände fiel mir die Sorgfalt auf, mit der sie ihren Anzug behandelten; das Taschentuch wurde nach dem Gebrauch sorgfältig zusammengelegt, die Ränder genau aneinander gepaßt; bei manchen trat ein etwas zeremonielles, übertrieben höfliches Wesen zutage, das mit ihrer Herkunft und Erziehung nicht in Übereinstimmung stand.

Besonders richtete sich die ordnende Tätigkeit der Kranken auf ihr Bett. Ich konnte immer feststellen, daß eine Verlegung großen Ärger und ängstliche Unruhe hervorrief; es dauerte immer eine zeitlang, bis der Kranke sich wieder an seine neue Umgebung gewöhnt hatte. Als beim Saalputzen die Betten verstellt wurden, schrie ein Kranker so lange, bis alles wieder in Ordnung war und die Betten genau ausgerichtet dastanden. Viele Kranke gingen nicht eher zu Bett, als bis dasselbe noch einmal nachgesehen war; ich kannte zwei, die sich vom Wärter schon vor dem Abendessen den Schlafraum aufschließen ließen, um nur rechtzeitig fertig zu werden. Alle Falten im Leintuch wurden sorgfältig glatt gestrichen, die Decken genau eingesteckt, selbst das beliebte Umlegen einer Ecke an der Stelle, an der man in das Bett steigt, wurde nicht vergessen. Ein Kranker ordnete seine Wolldecken so, daß die vier roten Streifen parallel quer über das Bett zogen; es machte ihm dies immer viel Mühe, aber eher ging er nicht zu Bett. Merkwürdig war auch die Art, wie zwei Kranke verfuhren: der eine brauchte zum Bettmachen über eine Stunde; er wiederholte, um nichts zu vergessen, ständig den Namen des Bettstückes, das an die Reihe kam. Leintücher und Decken wurden mit großer Kraft zwischen Matratze und Bettstelle eingestopft, in diesen Schlauch kroch er dann mit großer Mühe vom Kopfende her hinein. Der andere Kranke befand sich den Tag über in einer ständigen Unruhe, da er immer aus dem Bette schlüpfte, aufhob, was andere Kranke zu Boden warfen und ihre Betten ordnete. Sofort nach dem Nachtessen rollte er sein Leintuch und Wolldecken mit äußerster Mühe und Vorsicht um sich zusammen und blieb in diesem selbstgefertigten Wickel die ganze Nacht ruhig liegen.

Daß derartige Kranke bedacht waren, reinlich zu bleiben, brauche ich nicht besonders hervorzuheben; ich sah, wie ganz verwirrte Patienten nie vergaßen, sich vom Wärter abends ein Hemd und Leintuch geben zu lassen, um sich nachts, wenn etwas vorkam, umbetten zu können. Daß der Nachtstuhl immer am gleichen Platze stand, darauf wurde sehr geachtet.

Einzelne Kranke zeigten eine anscheinend ganz übertriebene Sorgfalt und Umständlichkeit beim Essen, Teller und Löffel wurden erst lange blank gerieben, beim Fleisch wurde jedes Stückchen Knorpel oder Haut entfernt; beim Obstessen wurden die Steine oder das Kerngehäuse beachtet. Es waren dies Kranke, bei denen die Gefahr des Verschluckens nahelag. Bei ihrer Vorsicht konnte man sie jedoch ohne besondere Überwachung die allgemeine Kost essen lassen.

Im allgemeinen fand ich die Paralytiker in der Remission den ärztlichen Anordnungen sehr zugänglich; sie achteten auf die Ausführung derselben; besonders bemerkenswert war die Sorgfalt, mit der sie die Tätigkeit ihrer Verdauung überwachten, und wie leicht sich diese Aufmerksamkeit bei ihnen erziehen ließ. Die Kranken sagten selbst, wenn sie ein Abführmittel brauchten, ihre Angaben waren ganz zuverlässig und durchaus nicht, wie man etwa annehmen könnte, hypochondrisch gefärbt.

Wie haben wir nun dieses Erscheinen der Ordnungsliebe zu erklären? Zuerst erinnert ja die stereotype Haltung und Hantierung an die katatonischer

Kranker; bei genauerem Zusehen ergibt sich jedoch, daß alle die geschilderten Manipulationen eine für den Kranken vorteilhafte Bedeutung haben oder wenigstens einen Nutzen beabsichtigen. Zum Vergleich möchte ich das Verhalten schwerer Neurastheniker heranziehen, die jede Störung in ihrer Umgebung, jede Überraschung zu vermeiden suchen, durch eine peinliche Regelung ihrer Lebensweise allen Unannehmlichkeiten aus dem Wege gehen, sich alles zurechtlegen, weil sie wissen, daß sie hilflos sind in dem „Kampfe mit dem Objekte", daß jede Aufregung sie unbrauchbar macht für den Rest des Tages. So auch der Paralytiker, bei dem ja während seines ganzen Leidens nie das Krankheitsgefühl verloren geht. Er hat immer das Bewußtsein seiner Schwäche und Ungeschicklichkeit, er ist sehr empfindlich gegen unangenehme Reize. Er sucht daher jede Störung zu verhindern, er denkt an seine Nachtruhe, durch strenge Ordnung verdeckt er seine Vergeßlichkeit; auch ein hoher Grad von Verblödung erlaubt ihm noch, wie die angeführten Beispiele beweisen, zweckmäßig für sich zu sorgen. Auch Krafft-Ebing und Kraepelin heben hervor, daß die Kranken überraschend lange und gut die äußere Haltung bewahren.

Von prognostischer Wichtigkeit dürfte die Charakterveränderung deshalb sein, weil sie einen Schluß auf die Krankheitsdauer erlaubt. Je markanter die Symptome sich ausprägen, auf eine desto längere Remission dürfen wir rechnen. Die von mir beobachteten Kranken lebten noch sechs bis acht Jahre nach der ersten Anstaltsaufnahme; die Remissionszeit erstreckte sich bis über vier Jahre, was bisher als eine Seltenheit galt.

Auch für die Frage der Entlassung kommt diese Erscheinung in Betracht: wir werden derartige Kranke mit geringeren Bedenken in häusliche Verpflegung schicken können, besonders da die Frauen sich zur Behandlung paralytischer Kranken meist gut eignen, die Kranken selbst in diesem Stadium sich leicht unterordnen.

Wir werden natürlich nicht erwarten dürfen, daß jeder Paralytiker diese Symptome in seinem Krankheitsbilde aufweist; immerhin gestattet eine auf Jahre hinausgehende Verfolgung eines Falles, wie sie in den Landesanstalten möglich ist, leichter die Konstatierung feinerer Abstufungen im Verlaufe und ermöglicht auch eine praktische Verwertung; zur Mitteilung vorstehender Beobachtungen, glaubte ich mich daher berechtigt, weil ich mit gutem therapeutischen Erfolge die Entwicklung dieses Ordnungssinnes unterstützt habe, und weil ich glaube, daß man sich dadurch die Behandlung der unglücklichen Kranken sehr erleichtert. Abgesehen von der in der Anstalt schon herrschenden Ordnung, werden wir unsere besonderen ärztlichen Anordnungen streng dem geregelten Tageslaufe der Kranken anpassen, dieselben möglichst nicht unter erregte Katatoniker legen, sondern für Ruhe in ihrer Umgebung sorgen, einen öfteren Lagerwechsel vermeiden, unangenehme Reize fernhalten, sie wirklich als ruhebedürftige Kranke behandeln. Die richtige und nicht zu spät einsetzende Gewöhnung der Kranken bringt dann ihre günstigen Früchte auch für die Zeit, in der der Pat. nicht mehr imstande ist, sich irgendwie zu helfen. Soweit es der Kräftezustand erlaubt, können wir die Kranken auch mit leichteren Arbeiten beschäftigen, die sie meist pünktlich ausführen.

Nachtrag.

Nach Fertigstellung dieses Aufsatzes kam mir die Veröffentlichung zur Kenntnis: Finkh, Paralyseähnliche Krankheitsbilder. Beitrag zur Lehre der stationären Paralyse. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1907. Nr. 234. Die Schilderung des ersten Kranken war mir deshalb von Interesse, weil dessen Eigenheiten fast völlig mit denen verschiedener von mir beobachteter Kranker übereinstimmten: „geordnet, fleißig, sauber, hält sich an die Hausordnung — stolz auf seine Leistungen, eifersüchtig auf seine Arbeit, tadelt andere Kranke — über alles in der Abteilung orientiert, kennt die Eigentümlichkeiten der Kranken, berichtet, weiß wer unsauber ist usw. — er hat sich eine eigene eng begrenzte Welt von Pflichten und Interessen gebildet, in der er sich wohl fühlt, in der er unermüdlich tätig ist und über die er eifersüchtig wacht. Im Umkreis dieses Rahmens ist auch seine Auffassung und sein Urteil relativ gut erhalten." F. zieht daraus den Schluß, daß dieses Verhalten nicht für echte Paralyse spreche; meine Erfahrungen weisen darauf hin, daß solche Wandlungen während des Verlaufs der Paralyse vorkommen.

Personalnachrichten.

— **Pommern.** Der Oberarzt Dr. Albrecht zu Treptow a. Rega ist zum 1. November 1907 in die von demselben Tage ab neu errichtete Stelle eines Oberarztes bei der Provinzialheilanstalt bei Ueckermünde mit dem Wohnsitze in Liepgarten, dem Mittelpunkte der Familienpflege versetzt worden. Die dadurch frei gewordene Oberarztstelle in Treptow a. R. ist von demselben Tage ab dem jetzigen Assistenzarzte bei der Provinzialheilanstalt Lauenburg i. Pommern Dr. Vollheim übertragen.

— **Bayreuth.** Dr. B. Beyer ist als Oberarzt an der Heilanstalt Herzogshöhe eingetreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 27/28. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien.) Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Wien. Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft in Stärke von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark

Die nächste Nummer dieser Wochenschrift erscheint am 12. Oktober.

An der mit ca. 1150 Geisteskranken belegten **Landes-Heil- und Pflegeanstalt Alt-Scherbitz bei Schkeuditz** (Eisenbahn Halle-Leipzig) ist eine

Volontärarztstelle

frei und möglichst bald wieder zu besetzen. Gehalt 1800 M. neben freier Station. Bewerbungen mit kurzem Lebenslauf und Abschriften der Approbation wie etwaiger Zeugnisse erbeten an den Direktor Geheimen Sanitätsrat Dr. **Paetz.**

Heil- und Pflege-Anstalt Waldbröl (Rheinland).

Die Stelle des **3. Assistenzarztes** ist sofort zu besetzen. Psychiatrische Vorbildung ist erwünscht, aber nicht erforderlich.

Anfangsgehalt 1800 M. bei freier Beköstigung I. Klasse, freier Wohnung, Licht, Heizung und Wäsche.

Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf baldigst erbeten an

Direktor Dr. Görlitz.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S.

Religionshygiene.

Von

Oberarzt Dr. med. **Joh. Bresler.**

Preis Mk. 1,—.

Kurhaus für Nerven- und Gemüthskranke

von Dr. Richard Fischer

Neckargemünd bei Heidelberg.

Comfortabel eingerichtete Heilanstalt in schönster Lage des Neckarthales, in unmittelbarer Nähe des Waldes und ausgestattet nach allen Anforderungen der modernen Psychiatrie — Gegründet 1898.

Prospekte frei durch die Direktion.

„Friedheim" Zihlschlacht
Thurgau, Schweiz.

Comfortables Heim
(gegründet 1890)

für Nerven- u. Gemüths-kranke besserer Stände

incl. **Alkoholiker** beiderlei Geschl.

Dr. F. Krayenbühl
Specialarzt.

Neuronal

(Bromdiaethylacetamid D. R.-P.)

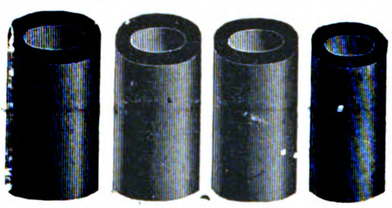
Bewährtes, unschädliches **Hypnoticum** in Gaben von 0,5—1,0—2,0 g.
Ausgezeichnetes **Sedativum** und Ersatz der Bromsalze in Gaben von 1—2—3 g. pro die
Antiepilepticum 3 mal täglich 0,5 g.
Analgeticum bei epileptischem Kopfweh 0,5 g.
Neuronal-Tabletten zu 0,5 g

Neurofebrin **(Neuronal-Antifebrin āā).** Hervorragende Erfolge bei nervösem Kopfschmerz, Migräne und den Unruhezuständen der Frauen zur Zeit der Menses.
Neurofebrin-Tabletten zu 0,5 g. 937

Orexin	**Jodol**	**Hetol**
echtes Stomachicum **Orexin-Tabletten** und **Orexin-Chocol.-Tabletten.**	Bester Jodoform-Ersatz **Menthol-Jodol.**	**Hetol-Injektionen.**

Litteratur durch: **Kalle & Co. A.-G., Biebrich a. Rh.**

Dr. Kahlbaum, Görlitz
Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke
Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522
Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.



Mk. 1,90 1,45 1,25 1,15
pro Meter.

Durit- **Drainage-, Irrigator- und Gas-schlauch,** neben seiner bedeutenden Festigkeit und Haltbarkeit bietet er den grossen Vorteil, dass die Desinfizierung und Sterilisierung seine Elastizität und Weichheit nicht vermindert. (784 b

Rudolf Détert, Berlin NW., Karlstr. 9.

Chloralamid

(Deutsches Arzneibuch IV)

Altbewährtes Hypnotikum, Ersatz für Chloralhydrat.

Ohne schädlichen Einfluss auf Herzthätigkeit, Blutdruck, Athemfrequenz, Temperatur.

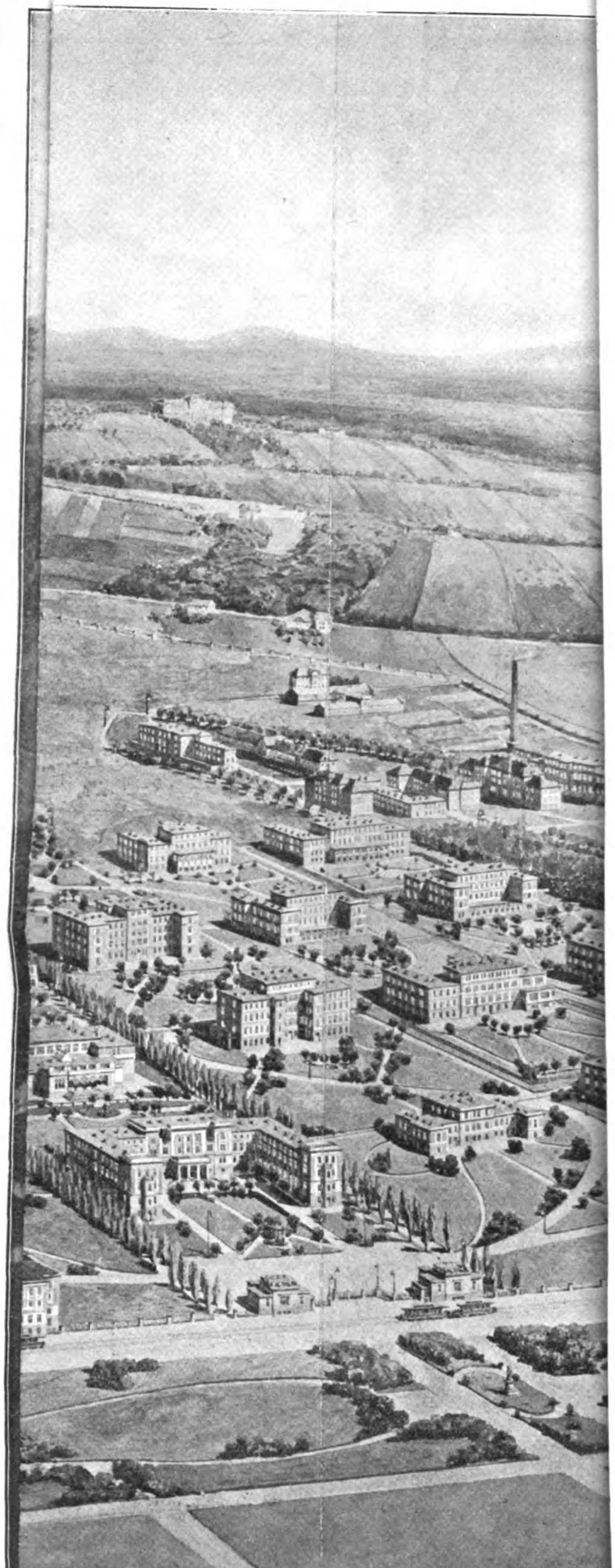
Mit bestem Erfolg angewandt bei Schlaflosigkeit infolge nervöser Erregungszustände leichteren Grades, bei Neurasthenie und in allen Fällen von Agrypnie, die nicht mit zu heftigen Schmerzen oder starken Reizerscheinungen anderer Art einhergehen.

In der psychiatrischen Praxis erprobt, besonders indiziert bei Depressionszuständen.

Paralytikern kann es in jedem Stadium gegeben werden.

Gewöhnliche Dosis für Erwachsene: 3 g
Bei Frauen und schwächlichen Personen genügen 2 g.
Darreichung in kalter Lösung (Zuckerwasser, Rotwein, Tee etc.)
Auch in Form von Klysmen sehr empfehlenswert.

Chemische Fabrik auf Aktien
(vorm. E. Schering) 924
BERLIN N., Müllerstrasse 170/171.



kranke „am Steinhof" in Wien XIII.

Festnummer aus Anlass der Eröffnung der niederösterreichischen Landes-Heil- u. Pflege-Anstalten für Geistes- und Nervenkranke „am Steinhof“ in Wien am 8. Oktober 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 27/28. 28. September **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zur Eröffnung der niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflege-Anstalten für Geistes- und Nervenkranke „am Steinhof“ in Wien XIII.

Wer den Irrenanstaltsbau der letzten drei Dezennien, besonders aber der letzten fünf Jahre verfolgte, dem kann nicht entgangen sein, wie manche Staaten und Provinzen im edlen Wettstreit darum geeifert haben, der Irrenpflege die würdigste Stätte zu bereiten, eine Stätte, nicht nur den Forderungen humaner und wissenschaftlicher Behandlung der Geisteskranken angemessen, sondern in ihren Formen das Ideale des Zwecks verkörpernd und verkündend. Von Altscherbitz (1876) bis Mauer-Oehling (1902) und Eglfing (1906) sahen wir fast in jedem Jahre eine neue Anstalt entstehen, die, von den voraufgehenden das Beste zum Muster nehmend, den nachfolgenden ein Vorbild wurde. Unvergleichlich beredter als dicke Bände legen diese Anstalten Zeugnis davon ab, wie das Volk und seine Vertretungen die hohen Aufgaben der Irrenpflege verständnisvoll erfaßt und sie der größten Opfer wert erachten gelernt haben: Das Beste ist gerade gut genug für die unglücklichen Geisteskranken. Was Architekt, Ingenieur und Hygieniker Neues und Vollkommenes zu geben wissen, wird zum Anstaltsbau verwendet; was der Arzt zum Krankenkomfort und zur Heilbehandlung für nötig erachtet, wird anstandslos bewilligt. Wie gute Eltern stets das schwächlichste und kränkste ihrer Kinder mit doppelter Liebe zu umgeben pflegen, so schenkt die gesittete Menschheit ein besonderes Maß von Mitleid und Fürsorge ihnen, die alles dessen beraubt sind, was als unser höchster Besitz gilt, der Vernunft und Willensfreiheit. An der Art, wie ein Volk seine Irren pflegt, läßt sich, gewiß nicht ausschließlich, aber im weiten Umfange Wohlstand, Bildung und Aufgeklärtheit seiner Bürger beurteilen.

* * *

Dem Ruhmeskranz, welchen die Geschichte der Irrenpflege für die großen Werke der Humanität flicht, fügen wir heute ein neues Blatt ein zu Ehren des Landes Niederösterreich.

Auf den sanften Abhängen des Galizinberges, eines Ausläufers des Wiener Walds, in reizender landschaftlicher Umgebung und doch im Gebiete der Stadt selbst gelegen, erheben sich stolz und stattlich die eben vollendeten, zur Unterbringung von 2200 Kranken dienenden niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke. Einer Bergstadt gleich, erstreckt sich auf jenem Hügel der imposante Komplex von 60 Häusern zwischen neu angelegten Gärten und zahlreichen gut befestigten Fahr- und Fußwegen über eine Länge von ungefähr einer Viertelmeile. Von der vorderen Reihe der wohl gruppierten Gebäude bis zur vierten, der letzten, steigt das Terrain mächtig staffelartig an, so daß man von allen Teilen der Anstalt herrliche Ausblicke genießt: im Osten auf Wien, im Süden bis zum Anninger und Eisernen Tor, im Westen und Südwesten auf den Wiener Wald bis Rax und Schneeberg, im Norden auf die Fluren des Wiener Wald- und Wiesengürtels. Die Kirche, an der höchsten Stelle des Terrains gelegen, ist mit ihrer gewaltigen vergoldeten Kuppel viele Meilen weit sichtbar.

Zu Wagen machen wir eine Rundreise durch die Anstalten; die Wanderung würde mindestens $^3/_4$ Tag in Anspruch nehmen.

Zwischen den beiden am Eingang liegenden Häuschen, dem Pförtnerhaus und der Polizei-Wachstube hindurch, gelangen wir, der Mittelachse des Gebäudekomplexes folgend, zunächst zum Direktionsgebäude

mit den Bureaus, den Zimmern für wissenschaftliche Arbeiten, einem Museum für Irrenpflege und Psychiatrie im Parterre, der Direktorwohnung im ersten Stock. Dahinter der Festbau mit vollständiger Bühneneinrichtung, die Wände mit künstlerischen Friesen und Malereien bedeckt, an den Festsaal angrenzend mehrere freundlich und gemütlich ausgestattete kleinere Unterhaltungsräume. Weiter hinauf die Küche, die mit ihren neunzehn Nickelkesseln, den marmornen Spültrögen und mit den die Innenwände bis zur Decke bedeckenden Kacheln einen tadellos sauberen und eleganten Eindruck macht; nach rückwärts und seitlich von der Küche je ein Verwaltungs- und Materialienhaus. Endlich die Mittelachse abschließend die durchweg im sezessionistischen Stil gehaltene Kirche, bei deren Bau und Ausstattung erste Künstler mitgewirkt haben; die Innenwände bis zur Höhe von zirka zwei Metern mit Marmor ausgelegt, die Fenster mit prächtiger Glasmalerei geziert, über dem Portal vier mehr als lebensgroße Engelgestalten aus Bronze.

Nachdem sich das Auge an dem entzückenden Fernblick von der Terrasse vor der Kirche geweidet, kehren wir nach Südosten hin absteigend zurück und passieren die männliche Pflegeanstalt, fünf stattliche Gebäude für sieche Geisteskranke, und zwar für ruhige, unruhige, bettlägerige und tuberkulöse bezw. infektiöse. Von hier machen wir einen Abstecher nach den, den östlichsten Flügel der Anstalten bildenden Wirtschaftsgebäuden, dem Beschäftigungshaus, dem Wirtschaftswohnhaus, dem Desinfektionshaus, der Wäscherei, dem Kesselhaus, dem Schweinestall, dem Gärtner- und dem Gewächshaus. In diesem Viertel, etwas entfernt von den Pflegehäusern, liegt auch das Verwahrungshaus für gewalttätige Geisteskranke. Der eigentlichen Anstalt das Gefährt wieder zulenkend, gelangen wir, beim Pferdestall und Leichenhaus vorbei, zur Heilanstalt für männliche Geisteskranke an der vorderen Peripherie des Anstaltsgebietes, gegliedert in je ein Haus für die neuaufgenommenen, für ruhige, halbruhige und unruhige Patienten. Wir überschreiten die Mittelachse und gelangen zu der Heil- und Pflegeanstalt für geisteskranke Frauen. Da sie in Bau und Einrichtung, soweit es der Natur der Geschlechter nach tunlich war, der männlichen Anstalt korrespondiert, wollen wir hier nicht länger verweilen und fahren nach dem Landessanatorium „Steinhof".

Der überaus glücklichen, in diesem Umfange jedenfalls bisher nirgends durchgeführten Idee entsprungen, Gemüts- und Geisteskranken, welche hinsichtlich der Art ihrer Unterbringung und Verpflegung größere Ansprüche stellen und die dazu nötigen Mittel aufzubringen in der Lage sind, in einer öffentlichen Anstalt Aufnahme zu gewähren, wird es 356 Kranke beherbergen können. Es dient aber, ebenso wie die Heilanstalt der gewöhnlichen Verpflegungsklasse, auch zur Aufnahme solcher Nervenkranker, deren Leiden sich vorwiegend auf psychischem Gebiet äußert und seiner Beschaffenheit nach eine Anstaltsbehandlung bedingt.

Der Gesamtanstalt organisch angegliedert, unterscheidet es sich von den übrigen Krankenabteilungen natürlich durch vornehmere, in Komfort und therapeutischer Ausstattung auch den höchsten Anforderungen Rechnung tragende Einrichtungen, für welche unsere ersten Privatsanatorien und Kurhäuser — wir nennen nur Wiesbaden — maßgebend waren. Wir finden in den zahlreichen Räumen des eigentlichen Kurhauses Vorkehrungen und Apparate für die detailliertesten Prozeduren der modernen Mechano-, Elektro- und Hydrotherapie und für allerlei Arten Beschäftigung, für Luft- und Sonnenbäder, einen Turnsaal, ein Winterschwimmbad usf., Konversations- und Speisesäle, Lese-, Musik-, Billard- und Rauchsalons, Wandelgänge und dergleichen.

Das Sanatorium ist ebenfalls in je eine Abteilung für männliche und in eine für weibliche Kranke gesondert; jede Abteilung besteht aus einem offenen Pavillon, einem Haus für neuaufgenommene und halbruhige Kranke, einem Haus für unruhige und einem für Sieche. Kurhaus und Küche — das Sanatorium hat eine eigene Küche — liegen zwischen den beiden Anstalten. Das Sanatorium hat auch sein eigenes Verwaltungsgebäude.

Nachdem wir noch die beiden stattlichen Beamtenwohnhäuser rechts und links vom Eingang besichtigt, ist unsere Rundreise beendet. Ihr Zweck wäre aber nur unvollständig erreicht, wollten wir uns nicht zum Schluß noch einen Einblick in die Verfassung der Anstalten verschaffen.

Die niederösterreichische Landesbehörde hat vor Inangriffnahme dieses Riesenprojekts selbstverständlich auch die in letzter Zeit vielfach erörterte Frage nach dem zweckmäßigsten Umfange einer Irrenanstalt aufs eingehendste studiert, die beteiligten Verwaltungs-, Bau- und ärztlichen Beamten haben zu diesem Zwecke wie überhaupt, um an Ort und Stelle die modernsten Anstaltseinrichtungen kennen zu lernen, wiederholte Informationsreisen im In- und Auslande gemacht und ihre eigenen Erfahrungen ohne Voreingenommenheit aufs gewissenhafteste ergänzt. Man hat sich aus triftigen Gründen für den Bau einer großen Anstalt anstatt mehrerer kleineren entschieden. Bezüglich der besonderen Gesichtspunkte, welche für millionenstädtische Verhältnisse beim Anstaltsbau in Betracht

kommen, verweise ich auf die autoritativen und auf langjähriger, persönlicher und praktischer Erfahrung in diesen speziellen Dingen beruhenden Bearbeitungen des Gegenstands durch Geh. Rat Dr. Moeli in Berlin („Einiges über die Weiterentwicklung der Anstalten für Geisteskranke der Stadt Berlin", diese Zeitschrift 1903, Nr. 41 und 42) und durch Direktor Dr. Starlinger in Wien (jetzt Mauer-Oehling) („Zur Frage der großen Irrenanstalten", in derselben Zeitschrift, 1903, Nr. 9, und „Zum Großbetriebe der Irrenanstalten", ebenda 1907, Nr. 13). Danach müssen wir vom fachärztlichen Standpunkt das Hauptproblem der Riesenanstalt nicht so sehr in den baulichen und technischen, als in den organisatorischen Schwierigkeiten suchen und von der Art seiner Lösung hängt nicht zum wenigsten der Ausfall unseres Urteils über die Anstalt, unserer Vorhersage über ihre ersprießliche Wirksamkeit ab.

Die Durchsicht des Anstaltsstatuts belehrt uns, daß das Problem aufs glänzendste gelöst ist.

Die Anstalten stehen unter einheitlicher ärztlicher Leitung, was die „Erläuterungen" zum Statut noch ausdrücklich als „selbstverständlich" bezeichnen. Die Abteilungsvorstände (Primarärzte) sind selbständig gemacht und tragen für die Behandlung und Pflege der ihnen anvertrauten Kranken die Verantwortung, sie sind aber dem Direktor unterstellt und dieser hat die Befugnis, Anordnungen der Primarärzte abzuändern oder aufzuheben, in welchem Falle er allerdings selber für die von ihm erlassenen Anordnungen die Verantwortung trägt. Aber auch in administrativer Hinsicht ist der Direktor, um Zeit und Kraft zur Leitung des Ganzen verwenden zu können, entlastet durch die Bestimmung, daß der erste Verwaltungsbeamte für die rein vermögensrechtlichen Angelegenheiten und zwar die Kassenführung, das gesamte Verrechnungswesen, einschließlich der Korrespondenzen zur Einbringung und Evidenzhaltung der Verpflegskosten allein verantwortlich ist, während er in allen übrigen administrativen Angelegenheiten gemeinschaftlich mit dem Direktor die Verantwortung zu tragen hat; „doch hat der erste Verwaltungsbeamte den Verfügungen des Direktors als des Leiters der Anstalt innerhalb des Voranschlages Folge zu geben."

Auf die weiteren Einzelheiten des Statuts ist hier nicht der Ort einzugehen. Es möge nur noch kurz daran erinnert werden, daß das Land Niederösterreich für eine sachgemäße und humane Behandlung der Kranken von Seiten des Pflegepersonals dadurch in vorbildlicher Weise Sorge getragen hat, daß es Unterricht und Prüfung desselben obligatorisch machte, wie dies erst kürzlich in dieser Zeitschrift von fachmännischer Feder gewürdigt worden ist. Zur Seßhaftmachung des Pflegepersonals sind für dasselbe im zweiten Stockwerke eines jeden Pavillons Familienwohnungen und Wohnzimmer für Unverheiratete vorgesehen.

* * *

Es geschah im Bereich der Irrenpflege zum ersten Male, daß eine solche Riesenanstalt in so kurzer Frist und wie mit einem Gusse entstanden ist. Am 27. September 1904 fand, wie wir damals berichteten, die Grundsteinlegung in Gegenwart des Kaisers statt, jetzt nach drei Jahren erfolgt die Eröffnung, ebenfalls in Anwesenheit des Kaisers. Verwaltung, Baukunst und Psychiatrie haben ihre besten Kräfte daran gesetzt, ein Werk zu schaffen, das noch nach vielen Generationen, was immer die Zukunft an Erfindungen und Neuerungen bringen möge, als ein würdiger und bewundernswerter Zeuge unserer Zeit und ihres gemeinnützigen, menschenfreundlichen Geistes dastehen wird. Und mit diesem Werke werden immer die Namen seiner Schöpfer u. zw. des Reichsrats- und Landtagsabgeordneten Leopold Steiner, als des Reformators der Irrenpflege Niederösterreichs, seines langjährigen Mitarbeiters Landes-Oberinspektionsrates Fedor Gerényi, des genialen Bauleiters Landes-Oberbaurates Franz Berger unvergessen bleiben.

Ihnen reihen sich jene Männer an, die bei diesem Werke beratend mitwirkten, es sind die Direktoren Dr. Heinrich Schlöß (Gugging), zugleich der erste Direktor der neuen Anstalten, Dr. Josef Starlinger (Mauer-Oehling), die Oberverwalter Josef Bertgen (Mauer-Oehling) und Franz Roskopf (Wien), und jene Techniker, welche sich unter der Leitung ihres Chefs, des Oberbaurates Berger, in hervorragender Weise an der Bauführung beteiligten, die Landesingenieure Franz Woraczeck, Anton Liepolt und Adolf Prosch, endlich die Baurechnungsführer Rechnungsrat Johann Wochele-Thoma und Revident August Hitterer.

Ihnen allen gilt heute unser herzlichster Glückwunsch. Möge ihnen reichster Dank fließen aus den unzähligen Wohltaten, die ihr Werk zu stiften bestimmt ist.

Joh. Bresler.

Die Entwicklung der Irrenpflege in Niederösterreich.

Von Landes-Ober-Inspektionsrat *Fedor Gerényi.*

Als Kaiser Josef II., angeregt durch die Wahrnehmungen, welche er bei einem Besuche seiner nachmals so unglücklichen Schwester — der Königin Maria Antoinette — in Paris gemacht hatte, daran ging, die Wohlfahrtsanstalten Wiens einer Reform zu unterziehen, befand sich speziell das Irrenwesen noch in ziemlich argem Zustande.

Bis zur Mitte des 18. Jahrhunderts waren die Kranken in einem Gefängnis am Salzgries untergebracht gewesen, wo sie notdürftig bekleidet und gleich Tieren, an Ketten gelegt, gefüttert wurden. Die Menge befriedigte an den tobenden Irren ihre Schaulust, indem sie an Sonn- und Festtagen zum Fischertor am Salzgries wanderte, wo hinter Gittern die „tollen Narren" zu sehen waren. Die rohen und gefühllosen Wärter zogen aus der Neugierde der Menge ihren Nutzen, doch kamen auch den Kranken dabei immerhin manche Spenden an Nahrungsmitteln zu gute. Später wurden die Kranken, um sie der Besichtigung zu entziehen und in bessere Verhältnisse zu bringen, im spanischen Spitale am Rennweg und im Bürgerspitale zu St. Marx untergebracht, doch waren sie auch dort noch angekettet und der Willkür ihrer Wärter preisgegeben.

Kaiser Josef II. war bemüht, das Los dieser Unglücklichen zu verbessern. Er verordnete, daß beim Baue des „Hauptspitals" auch ein Gebäude zur ausschließlichen Aufnahme von Geisteskranken errichtet werde, für das der ihn beratende Arzt, Baron von Quarin, nach dem Willen des Kaisers den Plan entwarf.

Der von Kaiser Josef II. erbaute kreisförmige Irrenturm, der längst seinen Zwecken entzogen ist, und heute nur mehr zu Dienerwohnungen und Magazinen des k. k. allgemeinen Krankenhauses verwendet wird, besteht zur Zeit noch als eine Sehenswürdigkeit der Kaiserstadt, allerdings nur mehr für kurze Zeit, denn seine Demolierung steht in nächster Zeit bevor.

Der Errichtung des Irrenturmes folgte im Jahre 1803 die Erwerbung des sogenannten „Lazarettes" zu dem Zwecke, um ruhige Geisteskranke entfernt von den tobenden unter Aufsicht eines für sie bestimmten Arztes der Heilung zuzuführen, sowie die Umgestaltung des Groß-Armenhauses zu Ybbs zu einer Pflegeanstalt für ruhige, stille und unheilbare Irrsinnige.

Die Mittel zum Unterhalte aller Kranken lieferten die selbst bis in die Zeit der Kreuzzüge zurückreichenden, aus frommen Spenden entstandenen Stiftungen und Fonds, ferner hatte das Bürgerspital dafür, daß es der Obsorge für die Geisteskranken enthoben worden war, an die neuen Anstalten einen Zuschuß, den sogenannten „rezeßmäßigen Beitrag" zu leisten, schließlich bezog das Hauptspital Einnahmen aus dem sogenannten Zahlstocke und aus den Ersätzen, welche Dienstgeber, die Zünfte etc. zu leisten hatten.

Im Jahre 1811 wurde die Trennung der für die Verpflegung von Irren bestimmten Stiftungen und Fonds von jenen Kapitalien verfügt, welche für den Unterhalt der übrigen Kranken aufzukommen hatten, und es entstand der „Irrenfonds", welcher als ein besonderen Zwecken gewidmetes Vermögen von den staatlichen Behörden selbständig verrechnet und verwaltet wurde.

Die immer mehr sich verbreitende Erkenntnis, daß die Geistesstörung eine Krankheit und auch der Irrsinnige als Kranker zu betrachten und zu behandeln sei, endlich die Unzulänglichkeit der Raumverhältnisse im Irrenturme führten zu dem Entschlusse, in Wien eine neue, den geänderten Anschauungen Rechnung tragende Irrenanstalt zu erbauen.

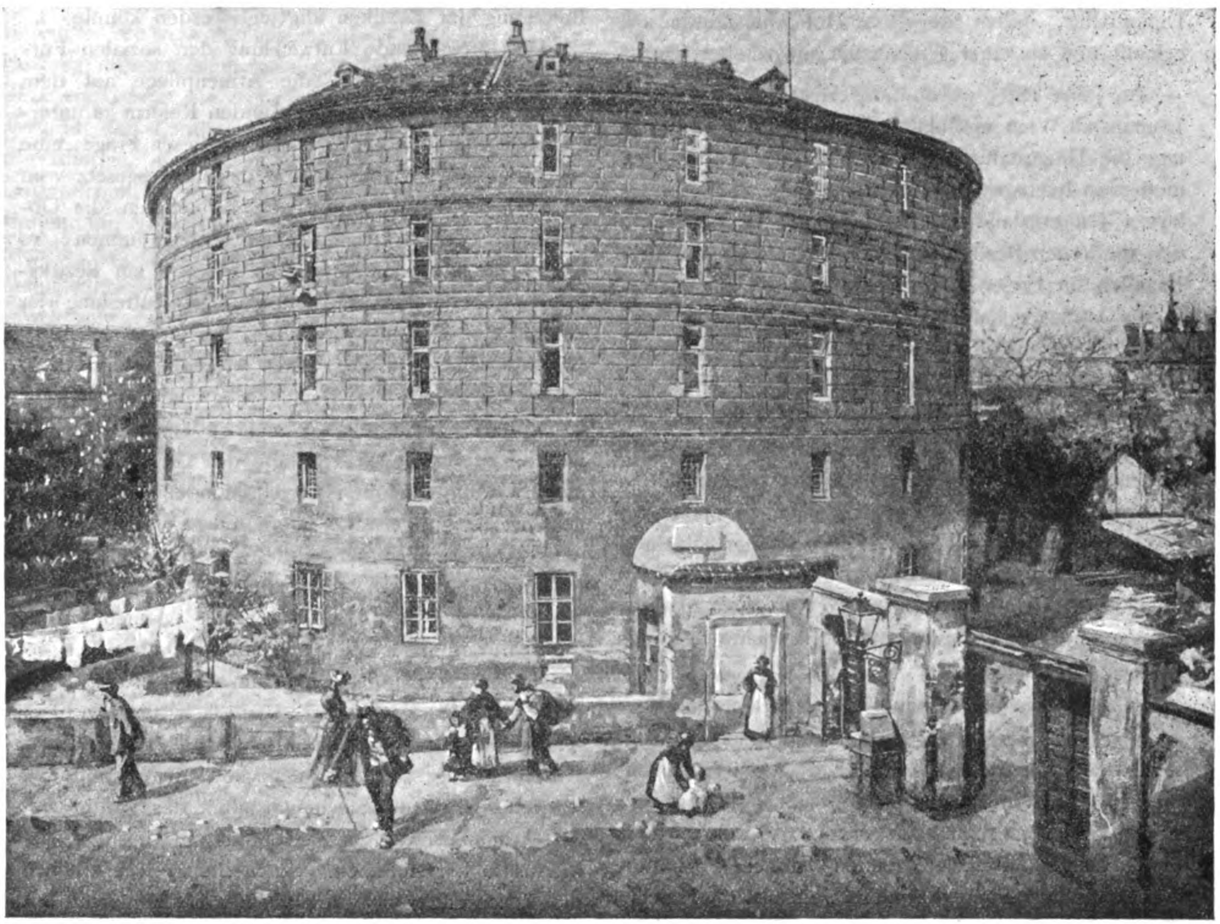
Es wurde zu diesem Zwecke um den Betrag von 50000 Gulden ö. W. ein Komplex von Wiesen- und Ackergründen, das sogenannte „Brünnlfeld" an der Peripherie der Stadt erworben und auf demselben im Jahre 1853 eine Irrenanstalt errichtet. Diese und der noch immer als Irrenanstalt in Benutzung verbliebene Irrenturm nächst dem k. k. allgemeinen Krankenhause, endlich die mittlerweile auch zu einer Irrenanstalt gewordene Pflegeanstalt für unheilbare Geisteskranke in Ybbs bildeten zusammen als Eigentum des Irrenfonds die Fürsorge für heilbare und für unheilbare gemeingefährliche Geisteskranke von Wien und Niederösterreich.

Die unheilbar Harmlosen übergingen in die Armenversorgung und wurden in Wien in den Versorgungsanstalten, auf dem flachen Lande aber unter den denkbar mißlichsten Verhältnissen zum großen Teile in der sogenannten „Einlage", das ist im Wege der Verpflegung von Haus zu Haus versorgt.

Die Irrenanstalt in Wien, deren Einrichtung gegenüber der primitiven Art der Unterbringung und Behandlung der Kranken im „Irrenturme" und im „Lazarette" einen wesentlichen Fortschritt bedeutete, machte die für ihre Zeit kolossalen Umwälzungen der Irrenpflege durch, welche von Chiaruggi und Pinel

angebahnt, durch Conolly ihrem vollen Erfolge zugeführt wurden.

Auf Grund des Gesetzes vom 17. Februar 1864 R. G. Bl. Nr. 22 ist die Verwaltung des Irrenfonds an die Landesvertretung übergegangen und waren für die Irrenpflege nunmehr die freigewählten Vertreter der Bevölkerung, der Landtag, beziehungsweise namens



Der Irrenturm in Wien.

desselben der Landesausschuß des Erzherzogtums Österreich unter der Enns maßgebend. Das neue Regiment setzte sofort mit einer Anzahl von Reformen ein. Zur Abhilfe der Platznot wurden in dem der Gemeinde Klosterneuburg gehörigen Spitale, einem ehemaligen adaptierten Fabriksgebäude, Kranke provisorisch untergebracht. Es wurde die Auflassung des Irrenturms als Irrenanstalt beschlossen und das Objekt dem Wiener k. k. allgemeinen Krankenhausfonds verkauft. Zur Unterbringung der bisher im Irrenturme behandelten Kranken wurde das vorerwähnte Spitalgebäude in Klosterneuburg käuflich erworben, durch Zubauten ausgestaltet und kamen dorthin die bisher im Irrenturm verpflegten Irren. Die Irrenanstalt Wien wurde wesentlich erweitert und derselben das neuerbaute sogenannte detachierte Haus für unreine pflegebedürftige Kranke eingefügt.

Die vormals ganz ländliche Umgebung des Brünnlfeldes war mittlerweile zu einem dichtbevölkerten Stadtteile geworden und rückten die Häuser immer näher an das Terrain der Irrenanstalt heran. Um die Verbauung wenigstens einigermaßen hintanzuhalten, erwarb das Land aus eigenen Mitteln Grundstücke, welche unter Wahrung des selbständigen Eigentumsrechtes des Landesfonds dem Irrenfondsbesitze angegliedert wurden.

Die Unzulänglichkeit der Versorgung, welche die unheilbar harmlosen Geisteskranken in den Armenhäusern auf dem flachen Lande fanden, und die modernen Anschauungen, welche sich in der Bevölkerung immer mehr verbreiteten, endlich der normale Be-

völkerungszuwachs brachten eine Platznot in den Irrenanstalten, welche die Schaffung neuer Plätze für Geisteskranke dringend notwendig erscheinen ließ.

Ein mit dem damaligen Eigentümer des Roten Hofes Kierling (einer Privatanstalt für Nervenkranke) abgeschlossener Vertrag ermöglichte die Unterbringung von 100 Kranken in dieser Anstalt. Wie bei Klosterneuburg wurde auch hier das Provisorium zu einem Definitivum, indem der Rote Hof vom Lande angekauft und zu einer Irrenanstalt umgestaltet wurde.

Im Jahre 1885 wurde diese Anstalt als Filiale der Irrenanstalt Wien eröffnet und gleichzeitig vom Landtage die Umgestaltung der gesamten Anlage zu einer modernen Irrenanstalt beschlossen. In verhältnismäßig kurzer Zeit entstanden acht Pavillons. Es wurde, um den modernen Bestrebungen nach Beschäftigung der Kranken im Freien zu entsprechen, die Anstalt mit einem landwirtschaftlichen Betriebe verbunden und durch Grundankäufe das Anstaltsterrain sukzessive erweitert.

Im Jahre 1895 fiel das letzte Gebäude der ursprünglichen Privatanstalt „Roter Hof" und wurde an dessen Stelle das Zentralgebäude der Irrenanstalt in Kierling-Gugging errichtet, mit welchem Objekte die programmgemäße Bautätigkeit in der Irrenanstalt ihren Abschluß fand. Später wurde nur noch einer der Pavillons durch Adaptierungen und Zubauten zu einer Pflege- und Beschäftigungsanstalt für schwachsinnige Kinder umgestaltet.

Die mißlichen Erfahrungen, welche mit der Versorgung der Armen in den Landgemeinden gemacht worden waren, veranlaßten den Landtag, um wenigstens den dringendsten Übelständen abzuhelfen, mehrere Landes-Siechenanstalten zu errichten, welche dazu dienen sollten, mit ekelerregenden Gebrechen behaftete Arme und unheilbare harmlose Geisteskranke solcher Gemeinden, denen eine angemessene Fürsorge infolge ihrer Armut unmöglich war, aufzunehmen und zu verpflegen.

Dadurch wurden die Irrenanstalten zu einem Teile von ihren unheilbaren und pflegebedürftigen Kranken entlastet, trotzdem hatten die Anstalten aber immer wieder mit Überfüllung zu kämpfen. Es wurde daher daran gegangen, neue Plätze für Geisteskranke zu schaffen und zunächst die Landes-Irrenanstalt in Klosterneuburg durch Errichtung einiger Zubauten auf einen Belagraum von 700 Betten gebracht. Eine in den Landes-Irrenanstalten aufgetretene Trachomepidemie führte zur Errichtung einer speziell für trachomatöse und trachomverdächtige Geisteskranke bestimmten Filiale der Wiener Irrenanstalt in Langenlois.

Da auch die zunächst schüchternen Versuche der landwirtschaftlichen Beschäftigung von Geisteskranken in Kierling-Gugging sich glänzend bewährt hatten und das wahrgenommene Mißtrauen gegen diese Neuerung zu schwinden begann, erfolgte als weitere Maßregel zur Behebung der Platznot die Errichtung der Irrenkolonie Haschhof, welche schon nach den allerneuesten Prinzipien unter vollständiger freier Behandlung und Bewegung der Kranken angelegt werden konnte.

Die fortwährende Entwicklung der sozialen Fürsorge drängte darnach, die Armenpflege auf dem flachen Lande einer durchgreifenden Reform zu unterziehen. Der Landtag bewies in dieser Frage eine seltene Opferwilligkeit. Durch das Landesgesetz vom 13. Oktober 1893 wurde den Gemeinden die Obsorge für die Armen vollständig abgenommen, es wurde für jeden Gerichtsprengels-Bezirk ein Bezirksarmenrat geschaffen und erfolgte die Aufteilung der Armenlasten zwischen diesen Bezirken und dem Lande. Um aber die Belastung jener Armenbezirke, welche infolge der Armut ihrer Bevölkerung eine unverhältnismäßig hohe, für sie unerschwingliche Umlage zu tragen hätten, zu begrenzen, verfügte das Gesetz, daß die eine bestimmte Höhe überschreitenden Armenlasten gänzlich auf Landesmittel übernommen werden. Unter dem wohltätigen Einflusse dieses Gesetzes entstanden in Niederösterreich in rascher Reihenfolge eine ziemliche Anzahl von durchaus modernen Armenhäusern.

Während aber die von den Armenbezirken geschaffenen Einrichtungen für eine allen Anforderungen entsprechende Pflege der körperlich Siechen ausreichten, erwiesen sich die Armenhäuser zur gehäuften Unterbringung von Geistessiechen ungeeignet. Es wurden daher die Siechenanstalten des Landes von den Armenbezirken zur Versorgung der Geistessiechen in Anspruch genommen. So rasche Fortschritte auch die Errichtung von Bezirksarmenhäusern machte, so blieb doch immer eine große Anzahl von Bezirken, welche solcher moderner Armenhäuser entbehren mußten und ergab sich sonach in der Folge, daß die Siechenanstalten des Landes von den mit Armenhäusern versehenen Bezirken zur Unterbringung von Geistessiechen, von den übrigen Bezirken aber zur Unterbringung von körperlich Siechen der schwersten Art in Anspruch genommen wurden. Dieses Zusammenleben von schwer körperlich Kranken und Geisteskranken erwies sich auf die Dauer als äußerst unzweckmäßig. Die körperlich Kranken wurden durch die Geistessiechen gestört und belästigt, das Wartungspersonal in seinen Verrichtungen gehemmt und ergaben sich daher viele Rücktransferierungen von Geistessiechen in die Irrenanstalten, wobei sich in der Regel

zeigte, daß nur nicht fachgemäße Behandlung den betreffenden Kranken irrenanstaltsbedürftig gemacht hatte.

Derlei in der Armenpflege gemachte Wahrnehmungen reiften den Gedanken, nach einer Form zu suchen, welche es ermöglichen würde, die unheilbaren harmlosen Geisteskranken im Anschlusse an die Irrenanstalten in einfacherer Form, jedoch unter sachgemäßer ärztlicher Führung zu verpflegen. Allerdings bereitete die verwaltungsrechtliche Form der Durchführung dieses Gedankens einige Schwierigkeit, nachdem ein Gesetz wie das preußische vom Jahre 1901, welches den Landarmenverbänden die Fürsorge für die Idioten, Kretins, Epileptiker etc. überweist, in Österreich nicht besteht noch zu erlangen war. Rechtlich stehen die Verhältnisse speziell in Niederösterreich derart, daß die Verpflegung der heilbaren und gemeingefährlichen Geisteskranken auf Grund des Gesetzes vom 17. Februar 1864 den Landesfonds, die Verpflegung der unheilbaren harmlosen Geisteskranken (Geistessiechen) jedoch auf Grund des Reichsgesetzes vom 3. Dezember 1863 (Heimatsgesetz) den Gemeinden, beziehungsweise speziell in Niederösterreich nach dem zitierten Landesarmengesetze vom 13. Oktober 1893 den Armenbezirken obliegt.

Das Reichsgesetz überläßt es lediglich der Landesgesetzgebung, Einrichtungen zu schaffen, durch welche den Gemeinden die Armenlasten erleichtert werden.

Als im Jahre 1897 im Landtage ein Antrag auf Errichtung einer neuen Siechenanstalt eingebracht worden war, wurde dieser Antrag sowie das auf das Jahr 1898 fallende Regierungsjubiläum des Kaisers Franz Joseph I. dazu benutzt, um beim Landtage die freiwillige Übernahme der Obsorge für unheilbare Geisteskranke durch das Land zu beantragen. Die Armenbehörden sollten lediglich, um den prinzipiellen gesetzlichen Standpunkt festzuhalten, einen Zuschuß zu den Verpflegskosten leisten.

Der Antrag ging formell dahin, daß in Hinkunft jede öffentliche Irrenanstalt in Niederösterreich aus einer Heilanstalt, aus einer Pflegeanstalt und aus einer Kolonie zu bestehen habe; daß speziell in der Pflegeanstalt die unheilbaren harmlosen Pflegebedürftigen (Geistessiechen) untergebracht und gegen eine Beitragsleistung der Armenbehörden aus Landesmitteln verpflegt werden sollen. Auf Grund dieses Programmes wurde weiter beantragt, in Mauer-Oehling bei Amstetten eine Heilanstalt und Kolonie für zusammen 1000 Kranke zu errichten und derselben unter gleichzeitiger Auflassung der durch das Erlöschen der Trachom-Endemie überflüssig gewordenen Filiale Langenlois die in eine Pflegeanstalt umzuwandelnde bisherige Irrenanstalt Ybbs anzugliedern.

Dieser Antrag fand die Zustimmung des Landtages und wurde auf Grund desselben die Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und Pflegeanstalt zu Mauer-Oehling in Verbindung mit der Pflegeanstalt in Ybbs errichtet und im Jahre 1902 dem Betriebe übergeben.

Mit der Errichtung dieser Anstalt wurde auch in Niederösterreich der erste Versuch mit der Familienpflege unternommen, welcher sich bestens bewährt und diese Art der Verpflegung Geisteskranker zu einem dauernden Bestandteil der öffentlichen Irrenfürsorge des Landes gemacht hat.

Die Erfahrungen, welche beim Baue und beim Betriebe der Anstalt in Mauer-Oehling gemacht worden sind, sollten die Grundlage für die Vorgangsweise bei Schaffung einer neuen Irrenanstalt für Wien bilden. Vor Jahren bereits ist die Frage der Verlegung der Irrenanstalten in Wien an die Peripherie der Stadt angeregt worden und zwar über Andrängen der Bewohner des VIII., IX. und XVIII. Wiener Gemeindebezirks, welche in dem großen eingefriedeten Komplex der Wiener Irrenanstalt ein Verkehrshindernis erblickten.

Es wurden auch Berechnungen angestellt, welche ergaben, daß der Grundwert ausreichen würde, um eine Ersatzanstalt im gleichen Ausmaße (900 Betten) zu errichten.

Mitten in die bezüglichen Studien kam eine aus dem Professoren-Kollegium der Wiener Universität hervorgegangene Anregung, es sollte das neue klinische Spital, dessen Errichtung als Ersatz für das veraltete k. k. allgemeine Krankenhaus in Wien projektiert ist, auf den Irrenanstaltsgründen im IX. Wiener Gemeindebezirke erbaut werden.

Es begannen alsbald Verhandlungen des Ministeriums für Kultus und Unterricht, bezw. der n.-ö. Statthalterei namens des Wiener k. k. Krankenanstaltenfonds, mit dem niederösterreichischen Landesausschusse namens des Irrenfonds, welche Verhandlungen nach zehnjähriger Dauer dazu führten, daß am 13. Oktober 1902 ein Vertrag zwischen der Staatsverwaltung und der Vertretung des Landes Niederösterreich namens des Irrenfonds zustande kam; demzufolge der Irrenfonds gegen eine Reihe bestimmter Nebenbedingungen die Irrenanstaltsrealität im IX. Wiener Gemeindebezirke an den Staat um den Betrag von 13 Millionen Kronen verkaufte. Der Vertrag wurde vom Landtage genehmigt und hat der Landtag gleichzeitig einen vom damaligen Referenten für Wohlfahrtsangelegenheiten, Landesausschuß Leopold Steiner, eingebrachten Antrag auf Errichtung einer Heilanstalt, einer Pflegeanstalt und eines Sanatoriums für vermögende Kranke

mit zusammen 2000 Betten als Ersatz für die aufzulassende Irrenanstalt Wien genehmigt.

In rascher Folge erfolgte die Erwerbung eines Grundbesitzes von rund 150 Hektar auf den sogenannten Spiegelgründen am Abhange des Galizinberges von 144 Besitzern um den Gesamtbetrag von rund $4^1/_2$ Millionen Kronen. Es wurde ein Projekt für die Errichtung der drei Anstalten mit einem Gesamtbelagraum von 2200 Betten verfaßt und vorgelegt. Das Projekt erlangte die Genehmigung des Landtags und wurde auf Grund derselben die Ausführung begonnen. Daß drei Anstalten projektiert wurden, findet seine Begründung in den rechtlichen Voraussetzungen, welche eine getrennte Behandlung der Pflegeanstalt erfordern und weiteres in der Bedachtnahme auf die Anschauungen der vermögenden Bevölkerungskreise, welche gewiß nicht dazu zu bewegen wären, ihre Angehörigen gegen Bezahlung einer höheren Verpflegsgebühr in einer Anstalt unterzubringen, in welcher sie mit den auf öffentliche Kosten Verpflegten ständig in Verkehr stehen.

Schließlich waren für die Wahl dieser Organisation auch Erwägungen finanzieller Natur maßgebend.

Es sollte auf lange Zeit hinaus eine Zentralisation der Wiener Geisteskranken in einer einzigen Anstalt vorgenommen werden, um die Verwaltungsauslagen zu verringern und die bei der Verteilung der Kranken in mehrere Anstalten erforderliche Wiederholung der Wirtschaftsbauten hintanzuhalten.

Auf eine möglichst individualisierende Behandlung der Geisteskranken muß hauptsächlich doch nur bei akuten Fällen Rücksicht genommen werden, während die sogenannten abgelaufenen Fälle eine massierte Unterbringung ganz gut zulassen.

Werden die Aufnahmsabteilungen, die ja doch den wichtigsten Teil einer Irrenanstalt bilden, in solcher Weise organisiert, daß sie eine entsprechend große Zahl von Zuwächsen in einwandfreier Weise zu behandeln vermögen, und sind die einzelnen Abteilungen der Heilanstalt genügend unterteilt, um ihren ärztlichen Vorständen die Übersicht über die einzelnen Kranken jederzeit zu ermöglichen, ist endlich genügender Raum zur Entwicklung für den Anstaltskomplex und für die ungehinderte Bewegung der einzelnen Kranken vorhanden, so kann eine Irrenanstalt bei einer Diensteinteilung, welche jedem einzelnen Abteilungsvorstande die Verantwortung für die auf seiner Abteilung vorkommenden Ereignisse zumißt, sämtliche Abteilungsvorstände aber einem mit den entsprechenden Machtbefugnissen ausgestatteten Direktor unterstellt, so ziemlich ins Ungemessene ausgedehnt werden. Vom ärztlichen Standpunkte aus wird ein solcher Zustand gewiß nicht als ideal bezeichnet werden, die öffentliche Verwaltung hat aber, außer den ärztlichen Forderungen, auch noch politische und finanzielle Verhältnisse im Auge zu behalten und einen Weg zu suchen, um allen in Betracht kommenden Interessen möglichst gerecht zu werden. Die Bewilligung zur Errichtung einer zweiten öffentlichen Irrenanstalt im Wiener Gemeindegebiete ist auf absehbare Zeit hinaus nicht zu erwarten. Es mußte daher eine Anstalt geschaffen werden, welche die Erweiterung nach dem jeweils eintretenden Bedarfe und sonach eine zentralisierte Fürsorge für die Wiener Geisteskranken ermöglichte.

Demzufolge sind auch die wirtschaftlichen Einrichtungen der neuen Anstalten in solcher Weise angelegt, daß sie selbst bei allmählicher Vergrößerung des Belagraumes der Anstalten auf 4000 Kranke vollständig ausreichen.

Gewiß wird der Plan einer zu weit gehenden Zentralisierung der Irrenpflege einer Großstadt Bedenken hervorrufen. Dieselben Bedenken wurden aber seinerzeit, als mit der Errichtung von Irrenanstalten für 1000 Kranken begonnen wurde, erhoben, und doch hat die Erfahrung gelehrt, daß eine Irrenanstalt mit 1000 Kranken in vollständig tadelloser Weise betrieben werden kann. Weisen doch eine Anzahl moderner Irrenanstalten mit ihrem Überbelag Belagziffern selbst von 1500, 1600 und 1800 Kranke auf.

Auch die neuen Irrenanstalten mit 2200 Betten, welche ohne Beeinträchtigung ihres hygienischen Zustandes einen Überbelag bis zu 3000 Kranken gestatten, werden ihre Bemängelung finden. Die Folge wird aber lehren, daß man sich auch an diesen Belag und selbst an die Vereinigung einer noch größeren Anzahl von Geisteskranken in einer Anstalt gewöhnen und sich davon überzeugen wird, daß geänderte soziale Verhältnisse auch Wandlungen der ärztlichen Idealforderungen bedingen.

Daß die Schaffung eines öffentlichen Sanatoriums für Angehörige des Mittelstandes und der vermögenden Stände begründet ist, beweist die stetig wachsende Anzahl von Bewerbungen um die Aufnahme solcher Kranken in die öffentlichen Irrenanstalten Niederösterreichs. Das Sanatorium wird die mit fünf Millionen bezifferten Kosten seiner Errichtung aus seinen eigenen Einnahmen zu verzinsen und zu amortisieren haben und ist die Inanspruchnahme öffentlicher Mittel für diesen Zweck nicht zu befürchten.

Die neuen Anstalten bedeuten aber auch insofern einen Fortschritt, als sie nicht mehr als Irrenanstalten im überkommenen Sinne, sondern als Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke gedacht

sind. In denselben sollen also auch Nervenkranke, deren Erkrankung auf psychischer Grundlage beruht, im Wege des freiwilligen Eintrittes Unterkunft und Behandlung finden. Die Irrenpflege des Landes Niederösterreich hat mit der Errichtung dieser Anstalten, welche ihrer Ausdehnung, ihrer Bestimmung und ihrer Organisation nach gewiß eine Neuerung darstellen, ihren Höhepunkt erreicht. Die öffentliche Verwaltung hat unbekümmert um alle daran geübte Kritik in ihren Absichten einen neuen Weg eingeschlagen und glaubt alle Voraussetzungen für ein Gelingen ihrer Unternehmung geschaffen zu haben. Die niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke am Steinhof in Wien XIII. werden die Erwartungen, die in sie gesetzt werden, zweifellos rechtfertigen und so vielleicht auch für die Entwicklung der Irrenpflege in anderen Großstädten als Vorbild dienen können.

Bauliche Beschreibung und Geschichte der alten Anstalt.

Von Primararzt Dr. *Josef Berze.*

Wie der jüngst verstorbene letzte Direktor der Anstalt, Regier.-Rat Dr. Adalbert Tilkowsky, in einer übersichtlichen Darstellung der Entwicklung des Irrenanstaltswesens in Oesterreich*) ausführt, lassen sich, was die Entwicklung des Irrenwesens und der Irrenanstalten Oesterreichs nach der organisatorischen Seite hin betrifft, drei wichtige Phasen mit Leichtigkeit abgrenzen: die Phase der Entstehung, die der Reform und die der Vollendung.

Die Errichtung der n.-ö. Landesirrenanstalt in Wien fällt bereits in die zweite Entwicklungsphase der österreichischen Irrenanstalten, in die Phase der Reform.

Ein energischer Schritt war um die Mitte des vergangenen Jahrhunderts schon sehr notwendig geworden. Die Wiener Irrenanstalt bestand in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts nur aus dem sogen. Narrenturm, einem fünfstöckigen, für 200 bis 250 Plätze zureichenden, turmartigen Gebäude, im Jahre 1784 nach den Angaben des Leibarztes des Kaisers Josef II., Dr. v. Quarin, errichtet, und aus dem „Lazarett", welches im Jahre 1803 als Filiale dem Irrenturme angegliedert worden war und zur Aufnahme von 100 bis 120 Kranken zureichte. Im düsteren, gefängnisartigen Narrenturme wurden die tobenden und die unreinlichen Kranken untergebracht, wogegen das weit freundlichere Lazarett, das aus zwei getrennten einstöckigen Gebäuden mit freier Aussicht in einen ziemlich ausgedehnten Garten bestand, zur Aufnahme der ruhigen und reinlichen, sowie namentlich derjenigen Kranken diente, bei denen man auf Genesung hoffte. Außerdem gab es noch einige Zimmer im sogen. Dreiguldenstock des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien, die zur Unterbringung geisteskranker Pensionäre verwendet wurden. Bei der Beschränktheit des Belagraumes der genannten Irrenabteilungen stellte sich natürlich bald eine unerträgliche Überfüllung ein; man schwang sich aber lange nicht zu einer entscheidenden Tat auf, sondern begnügte sich mit diesem oder jenem Palliativmittel. Theodor Puschmann*) berichtet darüber folgendes: „Ein Teil der ruhigen und chronischen Irren wurde in die Versorgungshäuser nach Mauerbach und Ybbs zur Pflege abgegeben; außerdem wollte man zu dem gleichen Zweck noch ein Haus in einer Vorstadt Wiens mieten. J. N. Raimann, der damalige Direktor des allgemeinen Krankenhauses, stellte im Jahre 1820 den Antrag, eine neue große Irrenanstalt zu erbauen; infolgedessen wurde auch bald ein umfangreicher Bauplatz in der Nähe des allgemeinen Krankenhauses erworben. Raimann besuchte auf Wunsch der Regierung die bekanntesten Irrenanstalten des Auslandes, um deren Einrichtungen kennen zu lernen; auf Grund dieser Beobachtungen arbeitete K. Schiefer einen Bauplan aus, welcher 1826 die kaiserliche Genehmigung erhielt, aber wegen der ungünstigen Finanzen des Staates nicht ausgeführt wurde. Mehr als ein Dezennium verging, ohne daß die Angelegenheit wieder aufgenommen wurde. Inzwischen stellte sich heraus, daß der frühere Bauentwurf dem gesteigerten Bedürfnis nicht Genüge zu leisten vermochte." Ebenso erging es dem Protomedikus Knolz mit seinem Vorschlage (1840), für Niederösterreich zwei Irrenanstalten, die eine für Wien, die andere für die ländlichen Bezirke zu errichten, dem Primararzt Köstler mit seinem

*) Tilkowsky, Die Irrenanstalten in Oesterreich. (Soziale Verwaltung in Oesterreich am Ende des 19. Jahrhunderts. II. Band: Gesundheitswesen.) Wien und Leipzig. Franz Deuticke, 1900.

*) Puschmann, Die Medicin in Wien während der letzten hundert Jahre. Wien, 1884.

Antrage, die Döblinger Privat-Heilanstalt anzukaufen, durch Zubauten zu vergrößern und zur Unterbringung der heilbaren und ruhigen Kranken zu verwenden, den Architekten Fellner und Sprenger, dem Primararzt Viszanik mit ihren wohlüberlegten, gediegenen Plänen.

Dem Medicinalrate Nadherny gelang es endlich, die Durchführung eines neuen Programms, welches er unter Benützung der beim Bau der Prager Irrenanstalt gemachten Erfahrungen entworfen hatte, durchzusetzen. Im Mai 1848 wurde mit dem Bau der Wiener Irrenanstalt begonnen, der vier Jahre in Anspruch nahm und einen Kostenaufwand von etwa 1 200 000 fl. ö. W. erforderte. **Im Jahre 1853 konnte die Anstalt eröffnet werden.**

Das Hauptgebäude der Anstalt wurde auf der Höhe des in unmittelbarer Nähe des allgemeinen Krankenhauses gelegenen, von allen Seiten sanft ansteigenden Gebietes, das den Namen „Brünnlfeld" führt, inmitten eines großen Parkes im damaligen Ausmaße von beiläufig 60 000 Quadratklafter — erst in späteren Jahren wurden einige kaum nennenswerte Parzellen einer anderen Verwendung zugeführt, sonst blieb das Parkgebiet bis zur Auflassung ungeschmälert — errichtet.

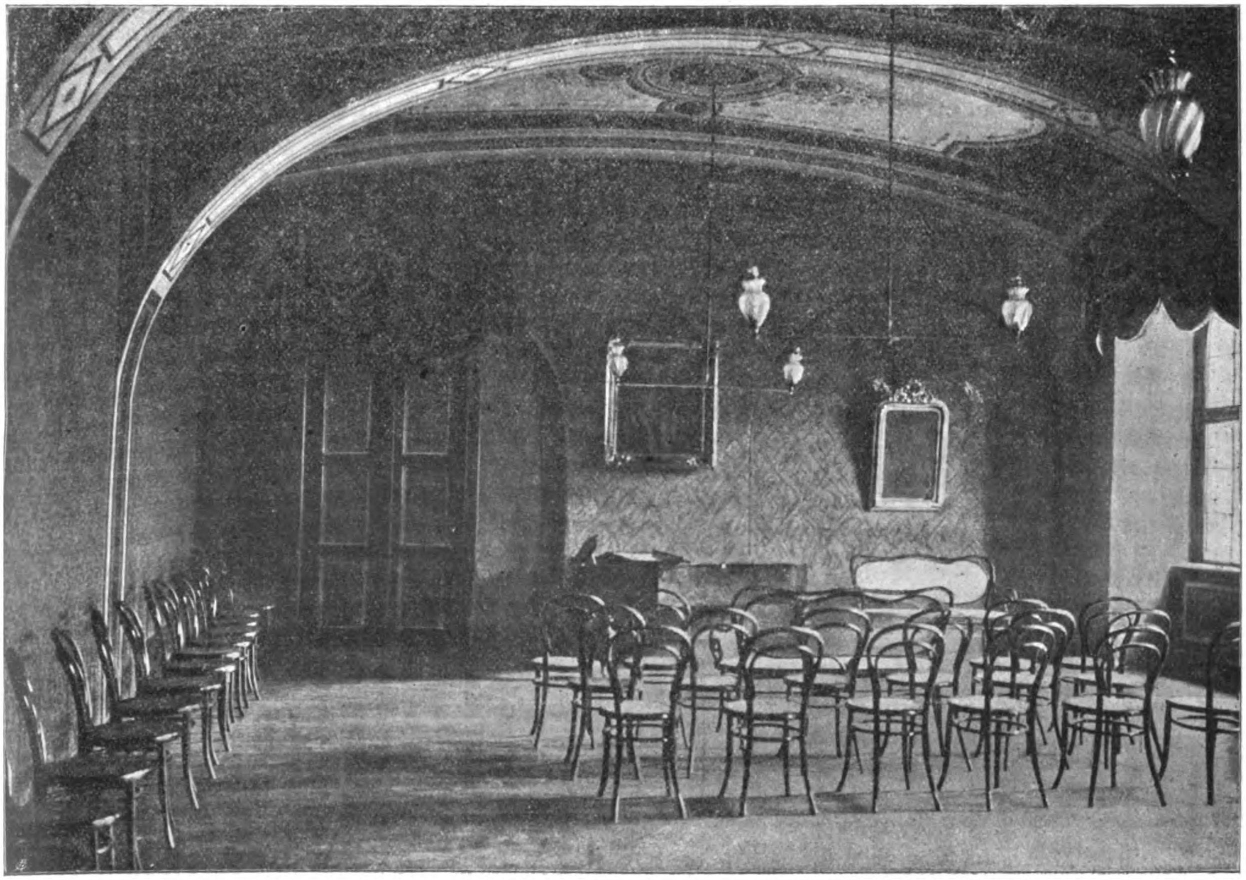


Alte Landes-Irrenanstalt in Wien. Hauptgebäude.

Wie alle in dieser Zeit erbauten größeren Irrenanstalten wurde auch die Wiener Irrenanstalt im Korridorstile angelegt. Die Mitte des weitläufigen Gebäudes wird von einem mächtigen, einen geräumigen Hof umschließenden, zweistöckigen Karreebau gebildet, in dessen frontalem Teile die Direktions- und Verwaltungskanzleien, Wohnungen für Ärzte und Beamten, die Anstaltskapelle, das ärztliche Haupt-Laboratorium, die Bibliothek, Magazinsräume u. dgl. untergebracht sind, während die drei übrigen Trakte Unterkunftsräume für ruhige Kranke, und zwar Tag-, Schlaf- und Beschäftigungsräume, Krankenzimmer für somatisch Kranke, ein Operationszimmer usw. ent-

halten, und zwar — der für das ganze Gebäude durchgeführten Einteilung entsprechend — rechts für männliche, links für weibliche Pfleglinge. Gleichsam als Verlängerung des hinteren Quertraktes des Karreebaues ist an diesen beiderseits ein langer, gleichfalls zweistöckiger Flügel angesetzt, welcher im Parterre und im ersten Stockwerke die zugleich als Aufnahmsabteilungen für die dritte Klasse dienenden Zwischenabteilungen, im zweiten Stockwerke die Abteilungen für ruhige und halbruhige Pfleglinge erster und zweiter Klasse enthält. Ein großer Teil der in diesen Flügeln befindlichen Säle ist, seitdem die Ersprießlichkeit der Bettruhe-Behandlung erkannt worden war, dieser Bestimmung zugeführt worden. Am Ende eines jeden dieser beiden Flügel gelangt man in einen weiteren einstöckigen Trakt, der senkrecht auf die Richtung der ersteren und in das rückwärtige Parkgebiet ragend erbaut ist. In diesem Flügel befinden sich Abteilungen für unruhige Kranke der dritten Verpflegsklasse; eine jede von diesen Abteilungen besteht aus zwei großen hintereinander stehenden Sälen, in welche auf der einen Seite eine Reihe von Isolierräumen mündet, und aus den gewöhnlichen Nebenräumen.

Im Vordergrunde der Quertrakte des Hauptgebäudes liegt auf der östlichen Seite das Küchengebäude, welches durch einen gedeckten Gang mit ersterem verbunden ist, auf der westlichen Seite ein ungefähr gleich großes Gebäude, das ursprünglich für die Wäscherei diente, später im ebenerdigen Trakte für Hausdiener-Wohnungen und Magazinszwecke, in der oberen Etage zur Unterbringung von ruhigen, verläßlichen, männlichen Pfleglingen eingerichtet wurde.



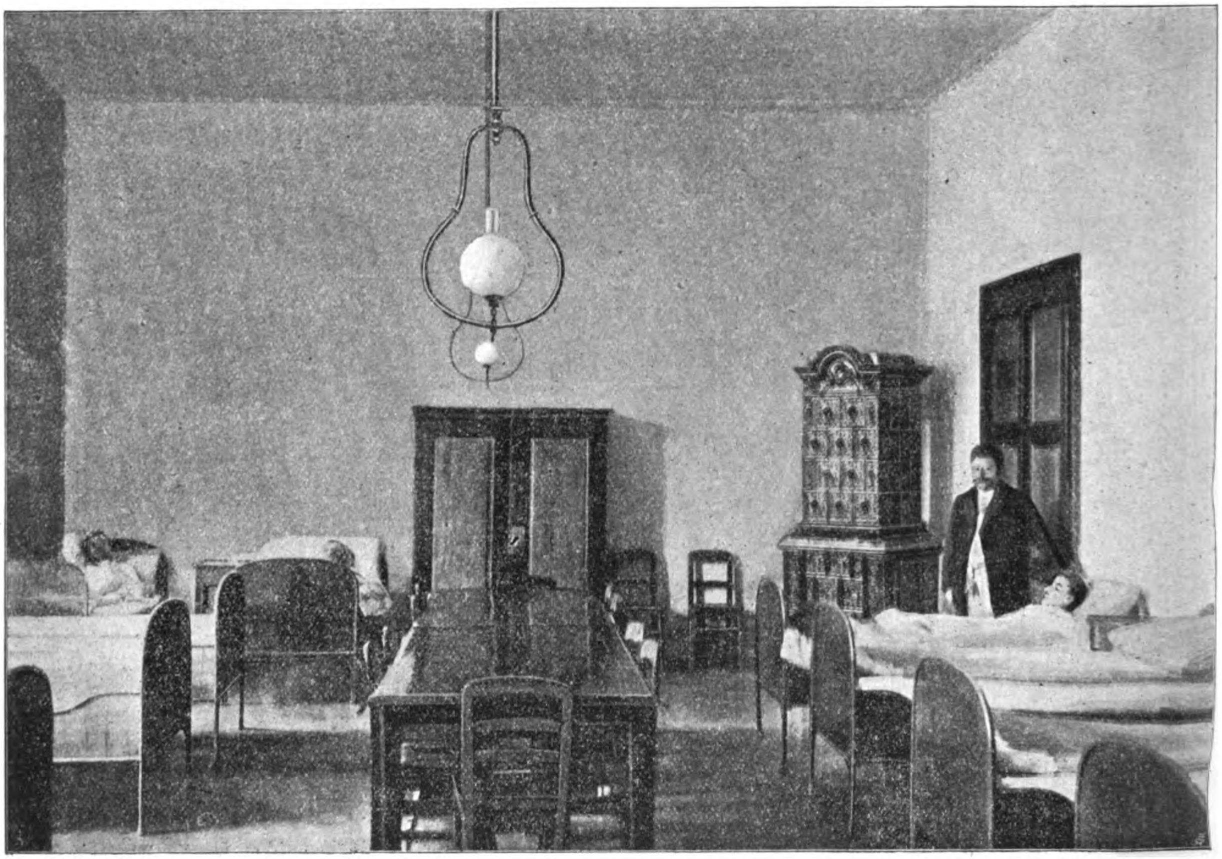
Alte Landes-Irrenanstalt in Wien. Festraum.

Das „Lazarett" und der „Narrenturm" standen auch nach der Eröffnung der Irrenanstalt am Brünnlfelde in Verwendung; 1857 wurde das Lazarett und erst 1870 der Irrenturm aufgelassen. Da jetzt die Irrenanstalt die ganze Arbeit als Heil- und Pflegeanstalt bewältigen mußte, machte sich bald Überfüllung fühlbar. Im Jahre 1878 mußte daher eine wesentliche Erweiterung der Anstalt vorgenommen werden, und zwar wurde erstens auf jeder Seite (Männer- und Frauenabteilung) in der Verlängerung der großen

Quertrakte eine geräumige, mit einem breiten, gut belichteten Korridor, zehn Separationsräumen und mehreren Sälen, sowie den nötigen Nebenräumen ausgestattete Isolierabteilung für Pfleglinge erster und zweiter Klasse an das Hauptgebäude angebaut, zweitens ein großes separates Gebäude, das sogen. detachierte Haus erbaut, welches zur Unterbringung der unreinen, in höherem Grade pflegebedürftigen Pfleglinge — namentlich der Paralytischen in fortgeschrittenen Stadien, gewisser besonders pflegebedürftiger Idioten und Epileptiker u. dgl. — verwendet wurde. Durch diese Zubauten erhöhte sich der Belagraum der Anstalt, welcher bis dahin 480 Plätze betragen hatte, auf den Stand von 700 Betten.

Erst im Jahre 1888 fand die bauliche Entwicklung der Anstalt ihren Abschluß durch die Errichtung eines Pavillons für Infektionskranke beider Geschlechter.

Sämtliche Trakte der Anstalt sind mit breiten, hellen Gängen und geräumigen, hohen Sälen ausgestattet. In die oberen Stockwerke führen außer einer großen Hauptstiege zehn Nebentreppen. Das Wasser wurde zuerst von der Kaiser Ferdinands-Wasserleitung, später von der Hochquellenleitung geliefert. Beleuchtung durch Gas, Beheizung zum Teile mit erwärmter Luft nach dem Meißnerschen System, zum Teile Warmwasserheizung und durch Tonöfen. Wasserklosetts. Ein Zentralbad, sechs Baderäume, zwei Badebassins in den Gärten.



Alte Landes-Irrenanstalt in Wien. Krankensaal.

Was die Behandlung der Kranken betrifft, waren die Ärzte jederzeit bestrebt, mit den deutschen Anstalten, denen ja namentlich gegen Ende des vergangenen Jahrhunderts wohlverdientermaßen die Führerrolle in den meisten praktisch psychiatrischen Fragen zufiel, gleichen Schritt zu halten.

Auf Beschäftigung der Geisteskranken hat man in der Wiener Irrenanstalt stets großen Wert gelegt. Der umfangreiche Park und ein großer Gemüsegarten boten Gelegenheit, eine recht bedeutende Anzahl von Pfleglingen im Freien zu beschäftigen. Viehzucht konnte wegen der Lage der Anstalt mitten in dem Häusermeere der Großstadt natürlich nicht in größerem Maßstabe betrieben werden; immerhin hat sich eine Schweinezucht bis zur Auflassung der Anstalt

erhalten. Außerdem gab es in der Strohflechterei, Buchbinderei, Tapeziererei, Schneiderei, Schuhmacherei und in anderen kleineren Werkstätten, sowie in den Nähstuben, Spülküchen usw. ziemlich viel Arbeitsgelegenheit für die Pfleglinge. Es darf aber nicht verschwiegen werden, daß sich gerade in dieser Hinsicht die Unzulänglichkeit der zu Gebote stehenden Einrichtungen allmählich immer mehr fühlbar machte; namentlich diejenigen Ärzte, welche in einer der modernen niederösterreichischen Landesirrenanstalten den hohen Wert möglichst mannigfacher Arbeitsgelegenheiten schätzen gelernt hatten, empfanden das Fehlen größerer Werkstätten und all der mannigfaltigen Beschäftigungseinrichtungen, wie sie die meisten modernen Irrenanstalten aufzuweisen haben, recht schwer. Dazu kam noch, daß in den letzten Jahren infolge der dauernden und stets wachsenden Überfüllung jeder halbwegs verfügbare Raum belegt und daher die Arbeitsräume auf das allernotwendigste Maß reduziert werden mußten.

Wie in anderen Orten wurde, wie bereits erwähnt, auch in der Wiener Anstalt in den letzten Dezennien der systematischen Bettbehandlung Eingang verschafft; verschiedene Neuerungen in der Einrichtung der Krankenräume dienten neben dem Zwecke einer wohnlicheren Ausgestaltung gerade dem Zwecke einer den modernen Prinzipien entsprechenden allgemeineren Anwendung dieser Behandlung.

Bis zum Jahre 1817 hatte die Irrenanstalt nicht einmal eine besondere, abgeschlossene Abteilung des allgemeinen Krankenhauses gebildet; der Primararzt einer medizinischen Abteilung des allgemeinen Krankenhauses hatte nebenbei auch die ärztliche Besorgung der Geisteskranken zu leisten, wobei er von einem Primar-Chirurgen, einem Sekundararzt und zwei Sekundar-Chirurgen unterstützt wurde. Erst 1817 wurde die Irrenanstalt eine selbständige Abteilung mit einem eigenen Vorstande. Bis 1826 war Dr. Eisel Primararzt, nach ihm kam Dr. Güntner bis 1831, Dr. Tolwaczny bis 1836, Dr. Köstler bis 1839 und endlich Dr. Michael Viszanik bis 1851.

Im Jahre 1851 wurde Direktor Riedel aus Prag berufen; er leitete die Beendigung des Baues und organisierte den Dienst in der neuen Irrenanstalt, der er dann als erster selbständiger Direktor bis zum Jahre 1869 vorstand.

Außerordentlich bedeutungsvoll für die Entwicklung der niederösterreichischen Landesirrenanstalten war das Jahr 1865, in welchem diese Anstalten aus der Verwaltung des Staates in die Landesverwaltung übergingen.

Nach Riedel leitete Dr. Karl Spurzheim, der vorher Direktor der Irrenanstalt zu Ybbs a. d. Donau gewesen war, die Anstalt bis 1872. Er war der eigentliche Begründer des No-Restraint-Systems in der Wiener Irrenanstalt, wenn auch von Primararzt Viszanik schon 1840 der Kettenzwang abgeschafft worden und unter Direktor Riedel der größte Teil der mechanischen Zwangsmittel aus der Anstalt verbannt worden war. Zur Zeit Spurzheims, und nicht zuletzt infolge seiner Bemühungen, kam es auch zur Entstehung der psychiatrischen Klinik in der Wiener Irrenanstalt. (1907. Näheres darüber im Artikel des Herrn Doc. Dr. Pilcz.)

Von 1872 bis 1885 war Dr. Ludwig Schlager Direktor der Anstalt. Er führte u. a. die Erweiterung der Anstalt im Jahre 1878 durch und veranstaltete in demselben Jahre in dem neu errichteten Gebäude eine größere Ausstellung von das Irrenwesen betreffenden Objekten; diese Ausstellung wurde vom Kaiser persönlich eröffnet. Das No-Restraint-System bildete Schlager noch weiter aus, so daß schon damals zu seiner Vollendung nicht mehr viel fehlte.

In der Zeit von 1885 bis 1895 leitete Dr. Moriz Gauster die Anstalt. Im Jahre 1889 wurde die Verköstigung der Pfleglinge, welche bis dahin verpachtet war, in eigene Regie übernommen, eine Maßregel, die sowohl den Pfleglingen zugute kam, da die Qualität der Kost eine entschiedene Hebung erfuhr, als auch recht bedeutende ökonomische Erfolge brachte.

Schon vor dem Amtsantritte Gausters hatte sich die Überfüllung der Anstalt wieder in erhöhtem Maße fühlbar gemacht und dazu geführt, daß in Kierling-Gugging eine Filiale der Wiener Anstalt, zunächst mit 108 Betten, errichtet wurde. Zur Zeit Gausters wuchs die Anstalt bald bedeutend an und wurde selbständig — unter der Leitung des Primararztes, nachher Direktors Dr. Josef Krayatsch. Auch später wurde sie noch vergrößert; gegenwärtig hat die Irrenanstalt Kierling-Gugging einen Stand von ungefähr 1000 Geisteskranken, ist somit die drittgrößte Irrenanstalt Niederösterreichs.

Auf Gauster folgte 1895 Dr. Adalbert Tilkowsky, früher Direktor der Ybbser Anstalt. Er erkannte die große Wichtigkeit einer Reinigung und Reinhaltung der Irrenanstalt von jenen ethisch defekten, kriminellen, geistig minderwertigen, aber nicht eigentlich geisteskranken Individuen, die mangels entsprechender Verwahrungsanstalten leider so oft den Irrenanstalten überantwortet werden, und brachte es durch seine ausdauernden, konsequenten Bemühungen tatsächlich in dieser Hinsicht zu sehr verdienstlichen

Resultaten. Seine Stellungnahme in der Frage der Unterbringung der kriminellen Minderwertigen war nicht ohne Einfluß auf die bis dahin allzu liberale psychiatrische Gerichtspraxis, insofern man den § 2a des St.-G. weit enger zu fassen begann; dabei wurde dann allerdings wieder von einem oder dem anderen Sachverständigen übers Ziel geschossen, so daß man sozusagen von einem Extrem ins andere verfiel, und erst in den allerletzten Jahren ist ein beiläufiger Ausgleich der weitgehenden Differenzen zwischen den beiden Auffassungen bemerkbar geworden.

Nach dem Tode Tilkowskys am 22. Februar 1907 wurde für die Anstalt kein neuer Direktor mehr ernannt, der Primararzt Dr. Berze wurde für die Zeit bis zur Eröffnung der neuen Anstalt mit der interimistischen Führung der Direktionsgeschäfte betraut.

Zur Besorgung der ärztlichen Dienstesangelegenheiten wurden 1853 nebst dem Direktor zwei ordinierende Ärzte, drei Sekundarärzte und vier „Präparanden“ systemisiert. In der Wirklichkeit sind aber — nach einem Direktionsbericht — „zwei Präparanden weniger aufgestellt worden“, weil die Petenten nicht in zureichender Zahl kamen; man begreift dies, wenn man hört, daß das Honorar für den Präparandendienst bloß „auf den Genuß einer freien eingerichteten Wohnung zu zweien in einem Zimmer mit Holzdeputat zur Heizung und auf den Bezug von jährlich 24 Pfund Unschlittkerzen limitiret“ war*). Nicht einmal absolvierte Mediziner, die noch keine Rigorosen bestanden hatten, „fanden es der Mühe wert, sich um eine derlei Stelle zu bewerben“. An Stelle der vier Präparanden traten daher bald zwei „Sekundarärzte niederer Kategorie“.

Der alten Anstalt (Lazarett und Turm) war bis zur Auflassung ein Sekundararzt zugewiesen; die primarärztlichen Geschäfte hatte zuerst ein Ordinarius der Heilanstalt zu besorgen, später wurde der Sekundararzt mit den Funktionen eines ordinierenden Arztes betraut.

*) Bericht des Direktors Riedel an das Ministerium, „enthaltend die Anträge zur definitiven Organisierung der Irrenanstalt“. (1853.)

Seit der Errichtung der psychiatrischen Klinik in der Anstalt bestand der Ärztekörper aus dem Direktor, dem Vorstande der klinischen Abteilungen (Professor), aus den zwei Abteilungsvorständen der Männer- und der Frauen-Abteilung, aus zwei klinischen Assistenten und vier (später 5) Sekundar- bezw. Assistenzärzten.

Als Abteilungsvorstände der Männer- und der Frauen-Abteilung haben seit 1853 fungiert die Doktoren: Joffe, Mildner, Maresch, Gauster, v. Marčzell, Holler, Bubenik, Starlinger, Berze, Burkhardt, Richter.

Was die Präparanden, Hilfs-, Assistenz- und Sekundarärzte betrifft, hatte die Anstalt in den ersten vier Dezennien und auch noch in den ersten Jahren des fünften Dezenniums ihres Bestandes unter dem häufigen Wechsel der Personen zu leiden. Erst als der n.-ö. Landtag in richtiger Erkenntnis der Ursachen dieser Erscheinung die Dienst- und Avancementsverhältnisse sowie die Bezüge der jüngeren Ärzte in einer Weise regelte, die ihrem Streben nach baldiger Gründung einer Lebensstellung Rechnung trug (1895), begannen die Assistenz- und Sekundarärzte stabiler zu werden, und namentlich in den letzten Jahren waren in dieser Hinsicht sehr erfreuliche Fortschritte zu erkennen.

Nach dem Statute der alten Anstalt stand die unmittelbare Leitung der rein administrativen Angelegenheiten und der Verantwortlichkeit für diese Angelegenheiten dem ersten Verwaltungsbeamten zu; er war jedoch verpflichtet, den Weisungen des Direktors als seines unmittelbaren Vorgesetzten in allem, was die Verpflegung der Kranken betrifft, innerhalb des Voranschlages Folge zu leisten.

Nach der definitiven Organisierung der Irrenanstalt im Jahre 1853 bestand das Verwaltungspersonal aus dem Verwalter, einem Kontrolor, zwei Verwaltungsadjunkten und zwei Amtsschreibern. Infolge der Vermehrung der Agenden ergab sich im Laufe der Zeit mehrmals die Notwendigkeit einer Vermehrung des Personals. Zur Zeit der Auflassung der Anstalt bestand das Verwaltungspersonal aus vierzehn Beamten, Kanzlei- und Hilfsbeamten; außerdem wurden mehrere Pfleglinge in den Kanzleien zu Schreibgeschäften verwendet.

Krankenbewegung der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt in Wien.

Statistische Daten aus den Jahren 1865—1906.

Von Dr. *Karl Richter*, Primararzt und Abteilungsvorstand.

In der nieder-österreichischen Landes-Irrenanstalt in Wien wurden seit 1. Januar 1865, seitdem dieselbe aus der Staatsverwaltung in die des Landes übergegangen ist, 68712 Geisteskranke verpflegt. Diese Zahl entspricht ungefähr 2,2% der gesamten gegenwärtigen Zivilbevölkerung des Landes Nieder-Österreich,

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Zahl des Verpflegsstandes in den einzelnen Jahren. Sie zeigt, daß der ursprüngliche Verpflegsstand aus dem Jahre 1865 (1440 Geisteskranke) im Jahre 1905 sich verdoppelt hat. Weiter läßt sie erkennen, daß die Zahl der zur Aufnahme gekommenen Geisteskranken von Jahr zu Jahr stets wuchs, und daß vom Jahre 1900 angefangen die ursprüngliche Zahl der Aufnahmen sich zu verdoppeln beginnt.

Jahr	Verpflegsstand	Aufnahmezahl			Bemerkung.
		M.	Fr.	Sa.	
1865	1440	356	339	695	
1866	1614	472	393	865	
1867	1543	460	337	797	
1868	1283	328	210	538	
1869	1003	257	168	425	Eröffnung der Filiale Klosterneuburg.
1870	984	339	210	549	
1871	1174	404	319	723	
1872	1178	353	309	662	
1873	1091	352	255	607	
1874	1101	352	272	624	
1875	1178	407	273	680	
1876	1284	442	326	768	
1877	1141	349	248	597	
1878	1173	368	235	603	
1879	1222	380	255	636	
1880	1220	342	235	577	
1881	1260	351	261	612	
1882	1404	402	261	663	
1883	1495	457	275	732	
1884	1392	417	257	674	Eröffnung der Filiale Kierling-Gugging.
1885	1539	457	278	735	
1886	1560	497	298	796	
1887	1680	526	289	815	
1888	1631	516	314	830	
1889	1689	549	355	904	
1890	1656	570	317	887	
1891	1782	611	381	992	Eröffnung der Zweiganstalt Langenlois.
1892	1612	480	338	818	
1893	1611	547	305	852	
1894	1782	591	315	906	
1895	1711	674	350	1024	
1896	1964	804	379	1183	
1897	1849	613	342	955	
1898	1796	643	392	1035	
1899	2006	709	463	1172	
1900	2116	751	475	1208	
1901	2171	754	458	1212	
1902	2291	683	510	1193	
1903	2506	893	658	1551	
1904	2674	863	695	1558	
1905	2899	925	763	1688	
1906	3029	1022	829	1851	
Sa.:	68 712	22 266	14 925	37 191	

Es war bloß möglich, die Aufnahmen aus den letzten 25 Jahren (1882—1906) nach Diagnosen geordnet, zusammenzustellen, da in früheren Jahren eine von der gegenwärtigen Krankheitsbezeichnung ganz verschiedene Diagnose in den bei dieser Bearbeitung zugrunde gelegenen Berichten (Berichten des nieder-österreichischen Landesausschusses über seine Amtswirksamkeit, 1865 bis 1906) angegeben ist, die eine einheitliche Bearbeitung unmöglich macht.

In diesen letzten 25 Jahren litten von 25 788 aufgenommenen Geisteskranken

	Männer	Frauen	Summe
an angeborenem Blödsinn oder Schwachsinn	977	489 =	1466
an Melancholie	235	796 =	1031
an Manie	318	314 =	652
an Verwirrtheit und allgemeinem Wahnsinn	711	2043 =	2754
an Verrücktheit	1862	2280 =	4142
an periodischer Geistesstörung	197	250 =	447
an erworbenem Blödsinn	1563	1386 =	2949
an paralytischer Geistesstörung	4414	1140 =	5554
an epileptischer Geistesstörung	1965	629 =	1694
an hysterischer Geistesstörung	41	296 =	337
an neurasthenischer Geistesstörung	104	61 =	165
an Geistesstörung bei Herderkrankung	160	73 =	233
an alkoholischer Geistesstörung	4013	328 =	4341
an anderen Intoxikationspsychosen (Morphinismus, Kokainismus)	34	9 =	43

Außer diesen 25 788 Geisteskranken kamen noch 252 Männer und 105 Frauen, Summe: 357 Personen zur Aufnahme, die einerseits Geistesstörung simulierten, andererseits aus anderen Gründen der Beobachtung zugeführt wurden.

Unter der Zahl dieser aufgenommenen Geisteskranken fällt sofort auf, daß etwas mehr als der fünfte Teil die an progressiver Paralyse Erkrankten sind; diese halten sich mit der Zahl der an Mißbrauch alkoholischer Getränke geistig Erkrankten so ziemlich die Wagschale.

Von großem Interesse ist das Verhältnis der aufgenommenen Paralytiker zu den Alkoholisten und die Bedeutung, welche Lues und Alkohol in ihrer Ursache für die Entstehung der Geistesstörungen bieten.

Es wurden, wie bereits oben erwähnt, 5554 Paralytiker und 4341 Alkoholiker aufgenommen. Nach 5 jährigen Zeiträumen geordnet, stellen sich die Verhältnisse folgendermaßen:

Jahre	paralytische Geisteskranke Männer	Frauen	Verhältnis der Männer zu den Frauen	Alkoholisten Männer	Frauen	Verhältnis der Männer zu den Frauen
1882—1886	528	100	5,3 : 1	355	15	23,9 : 1
1887—1891	760	181	4,2 : 1	774	54	14,3 : 1
1892—1896	794	212	3,7 : 1	1110	56	19,8 : 1
1897—1901	1032	233	4,4 : 1	931	92	10,1 : 1
1902—1906	1300	414	3,1 : 1	843	111	7,6 : 1
Summe:	4414	1140	3,8 : 1	4013	328	12,2 : 1

Während man früher geneigt war, auf eine paralytische Frau vier paralytische Männer in den Anstalten zu rechnen, und diese Annahme für die Anstalten mit mehr ländlicher Bevölkerung noch zu Recht besteht, zeigt diese Zusammenstellung, daß für die wiener, also die Großstadtverhältnisse, bereits die Zahl der paralytischen Frauen derart zunimmt, daß z. B. in den letzten fünf Jahren bereits auf eine paralytische Frau drei paralytische Männer kommen, wenngleich noch nicht jenes Verhältnis 1 : 2 erreicht wird, wie es Professor Kraepelin für München angegeben hat*). Es zeigt diese Zusammenstellung aber auch weiter, daß die Zahl der paralytischen Frauen im Vergleiche mit den Alkoholistinnen in stärkerem Maße zugenommen hat und zwar im Durchschnitte um das vierfache. In den letzten 25 Jahren (1882—1906) kamen nach den Aufnahmsverhältnissen der Wiener Irrenanstalt eine paralytische Frau im Durchschnitte auf 3,8 paralytische Männer, aber nur eine Alkoholistin auf 12,2 Alkoholiker. Aus dieser Zusammenstellung tritt die große Bedeutung der Lues und des Alkohols für die Entstehung der Geistesstörungen besonders deutlich und prägnant entgegen und rechtfertigt dieser Umstand neben der Abstinenzbewegung entschieden auch die Bestrebungen der Gesellschaften zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, in specie der Lues.

Aus der Strafhaft oder Untersuchungshaft kamen im Durchschnitte dreimal soviel geisteskranke Männer als geisteskranke Frauen, 1,6% sämtlicher aufgenommener Männer, 0,5% der Frauen, zur Aufnahme.

Nach den Krankheitsformen geordnet betrafen diese Aufnahmen bei den Männern in absteigender Linie: Imbezille, Alkoholisten, Paranoiker, Demente (praecox) und Epileptiker; bei den Frauen: Paranoikerinnen, Imbezille, Hysterische und Alkoholistinnen.

In den letzten 25 Jahren (1882—1906), aus welchen allein aus den oben angegebenen Gründen genauere statistische Daten angeführt werden können, wurden im Durchschnitte 19% des Gesamtstandes der Männer und 8,7% des Gesamtstandes der Frauen geheilt entlassen. Dieses anscheinend geringe Prozentverhältnis der Geheiltentlassenen erklärt sich damit, daß einerseits eine sehr große Anzahl von den aufgenommenen Geisteskranken eine von vorneherein ungünstiges Prognose abgibt, dann damit, daß ein sehr großer Teil der Anstaltspfleglinge, wenn sie Angehörige eines anderen österreichischen Kronlandes oder des Auslandes sind, in ihre heimatlichen Anstalten übersetzt werden, weiter damit, daß sehr viele Kranke, die sich am Wege der Besserung befinden, vorzeitig aus der Anstaltspflege entlassen werden. Letzterer Umstand mußte bei der immer drückender werdenden Überfüllung sehr häufig gehandhabt werden. Das Heilungsverhältnis in den einzelnen Jahren betrug:

Jahr	% des jemaligen Jahres-Gesamtbestandes der Männer	% des jemaligen Jahres-Gesamtbestandes der Frauen
1882	9,0	7,3
1883	9,8	6,1
1884	8,3	6,0
1885	11,5	6,9
1886	15,7	8,0
1887	15,5	5,8
1888	14,9	9,4
1889	13,9	10,7
1890	17,1	9,2
1891	12,0	0,6
1892	14,0	10,1
1893	12,0	9,1
1894	19,0	11,0
1895	25,0	9,0
1896	28,0	11,2
1897	20,9	13,4
1898	20,1	10,9
1899	13,9	10,7
1900	13,9	9,2
1901	14,9	8,4
1902	10,5	9,8
1903	10,0	7,0
1904	15,8	8,1
1905	14,1	10,0
1906	14,3	11,0

*) Kraepelin, Alkoholismus in München. Münchener medizinische Wochenschrift. 1906. Nr. 16, S. 737.

Von den Geistesstörungen, die zur Ausheilung kamen, nimmt bei den geisteskranken Männern der Alkoholismus den ersten Platz ein, dann folgen Verwirrtheit und Epilepsie; letztere wohl deshalb, weil sehr häufig bei Männern Epilepsie durch gewohnheitsmäßigen Alkoholgenuß, resp. Mißbrauch, hervorgerufen wird, und dann in der Anstalt infolge Abstinenz wieder zurücktritt. Bei den Frauen kamen die meisten Heilungen bei der Verwirrtheit, in zweiter Linie bei Melancholie, dann in dritter und vierter Linie bei beinahe gleichen Verhältniszahlen beim hysterischen und periodischen Irresein vor.

Daß das Heilungsverhältnis bei den Frauen (durchschnittlich 8,7 %) um mehr als die Hälfte geringer ist als das der Männer (19,0 %), hat wohl seinen Grund darin, daß einerseits viele geisteskranke Alkoholiker zur Geheilt-Entlassung kamen, und daß andererseits viele Frauen in einem Stadium entlassen werden, ehe noch vollkommene Heilung eingetreten ist. Gewöhnlich, sobald die Besserung der Geistesstörung soweit vorgeschritten war, daß ohne Gefahr für sich oder andere die geisteskranke Frau ihrer Familie zurückgegeben werden konnte, wurde sie aus sozialen Beweggründen zur Entlassung verlangt und gegeben. Der Anstalt selbst waren bei der kontinuierlichen Überfüllung solche frühzeitige Entlassungen nur erwünscht.

Zur Entlassung aus dem Anstaltsstande kamen weiter durchschnittlich pro Jahr 18 % des Gesamtstandes durch Übersetzung fremder, nach Nieder-Österreich nicht heimatszuständiger Geisteskranker, die, wenn nach längerer oder kürzerer Zeit ihre Zuständigkeit gesetzlich festgestellt war, in die heimatlichen Anstalten überführt wurden. Weiter konnten durchschnittlich 6—7 % gegen Revers in ungeheiltem oder gebessertem Zustande entlassen werden; 4 % als harmlos und nicht mehr der Anstaltspflege bedürftig wurden ihrer Familie, als sogenannt: in häusliche Pflege, übergeben.

Durchschnittlich 32—34 % verblieben restlich von einem Jahre zum anderen in Anstaltspflege.

Interkurrent erkrankten und mußten an einer somatischen Erkrankung ärztlich behandelt werden ungefähr 23—35 % des jährlichen Gesamtstandes der Männer; bei den Frauen betrug das Verhältnis 12 bis 39 %.

Wenngleich manche somatische Erkrankungen nur vereinzelt und selten aufgetreten sind, so ist doch das Auftreten von infektiösen Erkrankungen in Anstalten immer von außerordentlicher Bedeutung. Gilt es ja doch durch rasche, zielbewußte und energische Maßregeln der epidemischen Verbreitung dieser Erkrankungen Schranken zu setzen.

Von infektiösen Erkrankungen wurden in der nieder-österreichischen Landes-Irrenanstalt in Wien seit dem Jahre 1865 beobachtet:

1. Lungenentzündung: Wenngleich die Lungenentzündung, hervorgerufen durch bestimmt charakterisierte Mikroorganismen, keinen so deutlich in die Augen springenden epidemischen Charakter trägt, ist doch vor allem ihr hohes Morbiditäts- und auch Mortalitätsverhältnis wohl zu beachten. Gleich der Lungentuberkulose pandemisch, erkrankten in der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt in Wien ungefähr 12 % des Gesamtverpflegsstandes der Männer und 9,9 % der Frauen an Lungenentzündung; es starben 80—93 % der an Lungenentzündung erkrankten Männer und 55—100 % der Frauen. Daß gegenüber sonstigen Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnissen die Lungenentzündung einen derartig bösen Charakter zeigt, wird wohl dadurch erklärt, daß gewöhnlich marastische und langjährige Anstaltspfleglinge (Stuporöse, Paralytiker) von ihr befallen werden und naturgemäß ihr erliegen.

2. Tuberkulose hatte einen etwas geringeren Morbiditätssatz; es erkrankten im Durchschnitte 6,6 % des jährlichen Gesamtverpflegsstandes der Männer und 9,2 % der Frauen an Tuberkulose, vorwiegend an Lungentuberkulose. Daran starben 56—86 % der erkrankten Männer und 50—85 % der tuberkulös erkrankten Frauen.

3. Erysipel war eine immer wieder trotz aller Umsichtsmaßregeln auftretende infektiöse Erkrankung, gleich dem Abdominaltyphus ein Gespenst in der Anstalt. Es erkrankten im Durchschnitte 2,4 % der Männer und 4 % der Frauen des Gesamtverpflegsstandes an Erysipel. Dabei war das Mortalitätsverhältnis bei den Männern 19 %, bei den Frauen 9 %.

4. Darmkatarrhe kamen bei einem Morbiditätsverhältnis von 7,9 % beim jährlichen Verpflegsstande der Männer und in annähernd gleicher Verhältniszahl (7,1 %) bei den Frauen vor. Interessant sind die plötzlich auftauchenden, gewöhnlich günstig verlaufenden massenhaften Darmkatarrhe in der Anstalt, über welche Direktor Dr. Starlinger (Mauer-Öhling) in der Psychiatrisch-neurolog. Wochenschrift 1900, 2. Jahrg., Nr. 13 berichtete. Nach heutigen bakteriologischen Anschauungen dürfte es sich wohl nach dem Krankheitsbilde, der Kürze und dem günstigen Ausgang dieser massenhaften Diarrhöen um eine In-

fektion mit Paratyphusbazillus B (Schottmüllerscher Paratyphusbazillus) handeln.

5. Echte Dysenterie kam wohl in der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt in Wien in früheren Jahren öfter, zum Glück aber immer in ganz vereinzelten Fällen vor; sie verlief manchmal auch tödlich. In späteren Jahren wurde sie seltener beobachtet. Eine Abtrennung der Dysenterie der Geisteskranken (Pseudo- oder Paradysenterie) ist aus den Berichten nirgends zu finden; wahrscheinlich segeln die etwa vorgekommenen Fälle dieser letzteren Erkrankung, der man erst in den allerletzten Jahren ein bakteriologisch-klinisches Interesse entgegenbringt, unter den Darmkatarrhen.

6. Skorbut ist wohl auch in den 80iger Jahren hier und da in der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt in Wien beobachtet worden, nie aber in epidemischem Auftreten, aber häufig (50%) mit tödlichem Ausgange. Trotz der Überfüllung waren bei den hygienisch günstigen Anstaltsverhältnissen später (von 1886 an) keine Skorbutfälle mehr zur Beobachtung gekommen.

7. Abdominaltyphus war auch zumeist selten und vereinzelt, gewöhnlich eingeschleppt. 1897 waren fünf Erkrankungsfälle bei den Frauen mit drei Todesfällen verzeichnet. Der günstige Umstand, daß die Anstalt vor Typhusepidemien, die ja sonst in Irrenanstalten nicht allzuselten vorzukommen pflegen, verschont blieb, ist jedenfalls der Abnahme des Abdominaltyphus in Wien überhaupt durch die obligatorische Einführung der Hochquellenleitung zu verdanken.

8. 1889 erkrankten auch eine größere Anzahl von Anstaltspfleglingen und Pflegepersonen an Influenza. Von 72 männlichen und 84 weiblichen Erkrankten sind sechs Männer und eine Frau gestorben. Seit 1889 kamen entsprechend den bekannten Nachepidemien vereinzelte Fälle immer wieder zur Beobachtung.

9. Von den exanthematischen Infektionskrankheiten kamen entsprechend den Großstadtverhältnissen Wiens immer wieder vereinzelte Fälle von Masern, Scharlach, Variola vor; es wurde immer durch rasche Isolierung ein epidemisches Aufflammen rechtzeitig verhindert.

10. Auch Skabiesfälle kamen vereinzelt zur Aufnahme und Behandlung.

11. Als in Irrenanstalten seltener Gast brach am 18. September 1866 die Cholera asiatica aus; es erkrankten 35 Personen und starben 17. Auch 1873, als in Wien Cholera ausbrach, erkrankten 22 Personen der Anstalt an „ausgesprochener Cholera und eine größere Anzahl an Cholerine", wie es im Berichte des Jahres 1873/74 heißt.

12. Trachomfälle, die sich um 1891 in den niederösterreichischen Landesanstalten dermaßen häuften, daß eine eigene Anstalt (Zweiganstalt Langenlois) eingerichtet wurde, kamen in der Wiener Anstalt weniger häufig vor. Es wurden 1891 bloß bei sieben Männern und elf Frauen zweifellos Trachom beobachtet, weiter bei zwölf Männern und acht Frauen ein suspekter Augenbefund konstatiert. Die davon erkrankten wurden der Bestimmung gemäß in die Zweiganstalt Langenlois übersetzt. Seither kam Trachom nur sehr sporadisch (durch Neuaufnahmen) vor.

Trotz der großen Anzahl selbstmordsüchtiger Geisteskranker und der alle Jahre (drei- bis siebenmal) vorgekommenen Versuche solcher Pfleglinge, sich das Leben zu nehmen, war doch die Zahl der mit Erfolg ausgeführten Selbstmorde eine verhältnismäßig geringe. Es sind Selbstmorde bei den Anstaltspfleglingen im

Jahre 1867 : 6,
„ 1868 : 3,
„ 1873 : 1,
„ 1880 : 1 (durch Erhängen),
„ 1881 : 1 (Vergiftung mit Zyankalium *),
„ 1891 : 3 (Halsabschneiden — Karbolsäurevergiftung — Erhängen),
„ 1892 : 1 (Donauspringen eines Beurlaubten),
„ 1898 : 2 (Erhängen),
„ 1901 : 1 (Erhängen),
„ 1903 : 1 (Erhängen),
„ 1904 : 1 (Erhängen)
vorgekommen.

1905 wurde eine Frau (Paralytika) durch ihren Gatten in der Anstalt mit Zyankalium vergiftet, dann vergiftete er sich selbst.

Was das Mortalitätsverhältnis der einzelnen Psychosen anbelangt, so starben von 43532 Geisteskranken des Gesamtverpflegsstandes aus den Jahren 1885—1906 (24865 geisteskranke Männer und 18667 geisteskranke Frauen) 2945 Männer und 1408 Frauen, entsprechend also 11,9% der verpflegten Männer und 7,6% der Frauen.

Am höchsten war naturgemäß das Sterblichkeits-

*) Ein beurlaubter Kranker hatte sich außer der Anstalt kurz vorher mit Zyankalium vergiftet.

verhältnis bei der progressiven Paralyse: 66% der Männer, 32% der Frauen. Dann folgen:

	% der Männer	% der Frauen
erworbener Blödsinn	9	24
alkoholische Geistesstörung	5	1
epileptische Geistesstörung	4	5
Paranoia	4	9
Amentia	4	14
Geistesstörung bei Herderkrankung	3	3
angeborener Blödsinn, angeborener Schwachsinn	1	2
Melancholie	1	6
periodische Geistesstörung	1	1
Manie . . . circa	1	1
Hysterie, Neurasthenie, Ohne bestimmte Diagnose, Sterbend überbracht	1	2.

Geschichte der klinischen Abteilung (k. k. I. psychiatrische Universitätsklinik) in der Wiener Landes-Irrenanstalt.

Von Privatdozent Dr. *Alexander Pilcz*, ehem. supplier. Vorstand der Klinik.

Mit der Auflassung der Wiener Landes-Irrenanstalt im 9. Bezirke fällt auch die in dem Gebäude der Anstalt befindliche I. psychiatrische Universitätsklinik der Demolierung anheim, um der Errichtung der neuen klinischen Institute Platz zu machen und auch ihrerseits dereinst in moderner verjüngter Form wieder aufzuerstehen. Immerhin gibt es für einige Zeit wenigstens keine k. k. I. psychiatrische Universitätsklinik; sie ist gewesen, gehört der Vergangenheit an, und so mag es nicht unangebracht sein, als eine Art Nekrolog einen Überblick über die Geschichte dieser Klinik zu geben.

Mit allerhöchster Entschließung vom 1. Juli 1870 war unter dem Unterrichtsminister Dr. Stremayr die Errichtung einer psychiatrischen Klinik (zugleich der ersten psychiatrischen Universitätsklinik in Österreich) an der n.-ö. Landesirrenanstalt in Wien bewilligt, und als erster Vorstand der Klinik Dr. Theodor Meynert ernannt worden. Ein im November 1870 zwischen dem n.-ö. Landesausschusse und dem k. k. Ministerium für Kultus und Unterricht abgeschlossenes Übereinkommen regelte in 10 Punkten genau eine Reihe von Fragen finanzieller, administrativer und dienstlicher Art, wie sie sich aus der Sonderstellung gerade dieses Universitätsinstitutes in einer der autonomen Landesbehörde unterstehenden Krankenanstalt ergaben. Ohne auf die Einzelheiten dieses Übereinkommens hier eingehen zu können, sei hier ganz allgemein anerkennend hervorgehoben, daß Dank der Einsicht und dem Entgegenkommen der Landesbehörden sowohl, wie den persönlichen Eigenschaften des jeweiligen Anstaltsdirektors während der ganzen Zeit des Bestehens der k. k. I. psychiatrischen Klinik (der „klinischen Abteilung" vom Standpunkte der Anstalt) es niemals zu Konflikten zwischen den Interessen des Unterrichtes und den Anforderungen des Landesdienstes gekommen war, niemals — auch nicht in kritischen Zeiten — der n.-ö. Landesausschuß oder die Anstaltsdirektion einen Einfluß auf rein klinische Angelegenheiten auszuüben versuchte und endlich niemals der Klinik gegenüber auch nur im geringsten überhaupt eine Ingerenz geltend machte, welche — bei strenger und dabei doch formell unangreifbarer Auslegung des obenerwähnten Übereinkommens — den klinischen Ärzten in vielfacher persönlicher Hinsicht, aber auch in dienstlichen Agenden große Schwierigkeiten und Unannehmlichkeiten hätte schaffen können.

Daß die Klinik ihre eigenartige Zwitterstellung (Abhängigkeit vom Unterrichtsministerium und vom Landesausschusse) eigentlich niemals ernstlich fühlte, verdankt sie zum großen Teile dem entgegenkommenden Verhalten des n.-ö. Landesausschusses.

Als mit allerhöchster Entschließung vom 17. Mai 1875 eine zweite psychiatrische und Nervenklinik in Wien (im k. k. allgemeinen Krankenhause) errichtet wurde, und Th. Meynert als Vorstand derselben berufen wurde, folgte als sein Nachfolger an der Klinik in der n.-ö. Landesirrenanstalt Dr. Max Leidesdorf (Vorstand der psychiatrischen Abteilung des Beobachtungszimmers im allgemeinen Krankenhause 1873—74), der sein Amt Juli 1875 antrat.

Nach einem durch die Erkrankung und Pensionierung Leidesdorfs bedingten Interregnum, während welcher Zeit der damalige 1. klinische Assistent Dr. Julius v. Wagner die Klinik supplierte (1887—89), bestieg die erledigte Lehrkanzel Dr. Richard v Krafft-Ebing, der 1892 als Chef der psychiatrischen Klinik im allgemeinen Krankenhause berufen ward. Es folgte

wieder ein Interregnum unter der provisorischen Leitung des klin. Assistenten Dr. Böck (die Vorlesungen hielt während der Zeit Prof. Fritsch), bis 1893 Dr. Julius Wagner v. Jauregg (Prof. der psychiatr. Klinik in Graz) die Klinik in der Landesirrenanstalt erhielt; v. Wagner war der letzte ordentliche Professor an dieser Klinik. Nach seiner Berufung zum Vorstande der k. k. II. psychiatrischen und Nervenklinik in Wien, 1902, ward die k. k. I. psychiatrische Universitätsklinik nicht mehr besetzt. Als supplierender Leiter fungiert seit Oktober 1902 der Verf. dieses Aufsatzes.

Als klinische k. k. Universitätsassistenten waren tätig die Herren: Dr. Franz Morscher, Heinrich Zippe (bis 1872), Eugen Höstermann (1872—1875), Carl Ruben (1873—1874), Ludwig Pfleger (1873), Fridolin Schlangenhausen (1874—1875), Jacob Weiß (1875—1879), Wilhelm Svetlin (1875—1878), Hans Frank (1878—1880), Julius Plenk (1879—1882), Wilhelm Raab (1880—1883), Julius Rader (1883—1886), Julius Wagner (1883—1889), Alfred v. Planner (1886—1887), Heinrich Schlöss (1889), Josef Bubenik (1887—1889), Sigmund Kornfeld (1889—1892), Ernst Boeck (1889—1894), Josef Starlinger (1892—1895), Adolf Elzholz (1894—1901), Emil Redlich (1895—1899), Alexander Pilcz (1899 bis jetzt), Emil Raimann (1899—1902), Erwin Stransky (1902 bis jetzt), Otto Pötzl (1904—1905), Max Dobrschansky (1905 bis jetzt).

Soweit das trockene lexikographische Tatsachenmaterial zur Geschichte unserer Klinik.

Ich hatte eingangs das Wort „Nekrolog" gebraucht. Nun, „de mortuis nil nisi bene". Nachdem es sich hier aber nicht um eine Persönlichkeit, sondern um ein Institut handelt, darf ja dieses Moment der Pietät wohl weniger gewichtig in die Wagschale fallen, und das Bild der Klinik wäre tatsächlich ein unvollständiges, wollte man gewisse Vorzüge und Mängel unerwähnt lassen, welche die eigenartige Stellung gerade dieser Klinik zum Unterschiede von ähnlichen Universitätsinstituten mit sich brachte.

Als großer Vorzug muß es bezeichnet werden, daß die Klinik, als Abteilung einer Irrenanstalt, ein Material besitzt, das in praktischer wie in klinischer Hinsicht auf anderen psychiatrischen Kliniken nicht anzutreffen ist. Zahlreiche Einzelheiten der praktischen Irrenpflege und der Behandlung lernt der Arzt nur an einem mehr stationären Materiale kennen und beherrschen, und zahlreiche Zustandsbilder, die Endausgänge so mancher Formen von Psychosen, den gesamten Verlauf chronischer Geistesstörungen oder solcher mit auch nur mehrjährigem Verlaufe usw. kann er nur in Irrenanstalten studieren. Der mühsame Weg der Katamnesen, an sich schon ein nur unvollkommenes Surrogat der persönlichen kontinuierlichen Beobachtung der Kranken, stellt sich in der Reichsmetropole als nahezu ungangbar dar. Darf so das Material der meisten übrigen psychiatrischen Kliniken vom praktischen wie wissenschaftlichen Standpunkte aus ein unvollständiges und einseitiges genannt werden, so soll nicht verschwiegen werden, daß auch das Material einer Irrenanstalt (und damit der I. psychiatr. Klinik) einseitig zusammengesetzt ist. Die zahllosen transitorischen Geistesstörungen, die Fieberdelirien, ja auch viele der akuten funktionellen Psychosen etc. gelangen nur unverhältnismäßig selten in der Irrenanstalt zur direkten Aufnahme, und die I. Klinik bezog ja dasselbe Krankenmaterial wie die Anstalt selbst. Individuen, welche dem Amtsarzte (Polizeiarzte) der Geistesstörung verdächtig erscheinen, dürfen den Statuten nach nicht in die Irrenanstalt geschickt werden, nur solche mit „entschieden" konstatierter Geistesstörung; erstere müssen dem sogen. „Beobachtungszimmer" (in Wien k. k. II. psychiatrische Universitätsklinik) überstellt werden, und gelangen erst über diesem Umwege event. in die Irrenanstalt. Gerade die oben erwähnten flüchtigen und akuten Zustandsbilder aber sind es, welche der praktischen Handhabung dieser Bestimmungen nach, in der weitaus überwiegenden Mehrheit der Fälle dem Beobachtungszimmer zugewiesen werden, während die Irrenanstalt ihre Aufnahmen entweder via II. psychiatrische Klinik erhielt oder als sogen. „direkte" Aufnahmen größtenteils vorgeschrittene Paralytiker, Paranoiker, einfache Schwachsinnsformen, bezirksbekannte Paranoiker und Säufer und — last not least — als „entschieden geisteskrank" immer wieder notorische Simulanten, arbeitsscheue „Fratres nosocomiales" sah.

Gleichwohl würde diese Unvollständigkeit des Materiales an der Klinik nicht so deutlich empfunden worden sein — denn bei der kolossalen jährlichen Aufnahmsziffer der Irrenanstalt gibt es ja doch eine immerhin ansehnliche Zahl von direkten Aufnahmen auch der oben angedeuteten Art (also Dämmerzustände, urämische Delirien etc.) — käme nicht noch ein anderer Umstand in Betracht, der wohl auf keiner anderen psychiatrischen Klinik angetroffen werden dürfte. Die k. k. I. psychiatrische Universitätsklinik hatte nämlich kein „Ausheberecht", d. h. die Aufnahmen kamen nach einem ganz bestimmten und peinlich überwachten Turnus abwechselnd auf die Klinik und auf die Abteilungen der eigentlichen Landes-Irren-

anstalt (und zwar entsprechend der Zahl der Lokalitäten je ein Fall auf die Klinik, je zwei auf die Abteilung). Daß alle Fälle zunächst der Klinik überwiesen worden wären, diese die für den Unterrichtszweck passenden sich hätte auswählen, die übrigen auf die Abteilungen schicken können: davon war keine Rede. Gleichsam als ausgleichende Gerechtigkeit erscheint es demgegenüber, daß die Klinik, welche sich ihr Material nicht auswählen durfte, dasselbe andererseits auch nicht nach Belieben abschicken konnte.

Die Klinik hatte nicht das Recht, zahlreiche für die wissenschaftliche Forschung wie für den Unterrichtszweck völlig wertlose, „uninteressante" Fälle auf die übrigen Abteilungen zu schicken. Die Abgänge der Kranken konnten auf der Klinik nur genau in derselben Weise erfolgen wie auf den Abteilungen der Irrenanstalt selbst. Also die beträchtlichsten Schwierigkeiten in der Beschaffung und in der Evakuierung des Krankenmaterials. Nur rein persönlichen Momenten, der Kollegialität der Abteilungsvorstände ist es zu danken, wenn diese beiden besprochenen Übelstände nicht in noch fühlbarerer Weise auf der Klinik zutage getreten sind, und mir speziell gereicht es zur angenehmen Pflicht, an dieser Stelle dem Vorstande der Männerabteilung, Herrn Primar. Dr. Berze, meinen ganz besonderen Dank auszusprechen, dessen liebenswürdigem Entgegenkommen ich nicht nur wiederholt ausgiebige Entlastung der Klinik durch bereitwilligste Übernahme von für den Unterricht untauglichen Kranken verdankte, sondern von dessen Abteilung ich mir auch sehr oft für die Vorlesungen höchst instruktive und interessante Fälle „ausgeliehen" habe.

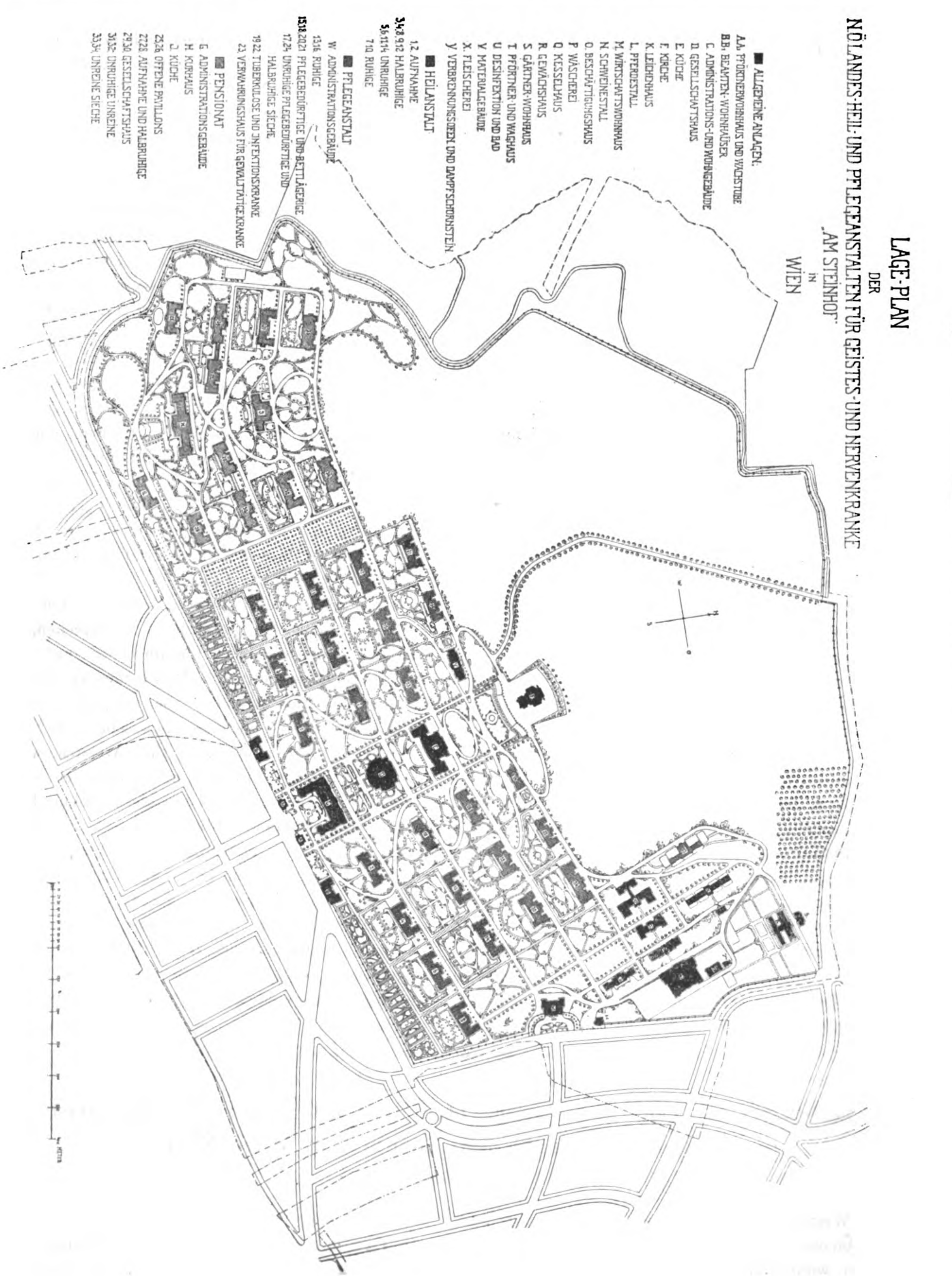
Als weiterer großer Fehler wird von Vielen wohl der Umstand angesehen werden, daß die Klinik zwar ein Ambulatorium für Nervenkranke besitzt, solche aber nicht aufnehmen kann, keine „psychiatrische und Nervenklinik" ist. Dieses Schicksal teilt die alte Klinik in der Wiener Landesirrenanstalt mit der modernst eingerichteten neuerbauten psychiatrischen Universitätsklinik zu München, mit der zu Heidelberg, etc. Nicht der Gedanke aber, „solamen miserum socios malorum etc." läßt mich, für meine Person, diesen „Übelstand" durchaus nicht als solchen betrachten, sondern Erwägungen, mit denen ich nicht allein dastehe. Bei dem enormen Anwachsen der beiden Disziplinen Neurologie und Psychiatrie ist es wohl nur mehr eine Frage der Zeit, wann das, was Griesinger zusammengeschmiedet und was seither als so unzertrennlich gilt, wie etwa Geburtshilfe und Gynäkologie, die Vereinigung der beiden Fächer Neurologie und Psychiatrie in denselben Fachmännern und an derselben Lehrkanzel, sich als nicht mehr länger durchführbar erweisen wird. Die Neurologen selbst streben gewaltig, aus ihrer Gefolgschaftsstellung im Dienste der Psychiatrie oder der internen Medizin sich zur gleichberechtigten Sonderstellung als Fach für sich durchzuringen und loszureißen; Kraepelin betonte die Unmöglichkeit, gleichzeitig auf dem Gebiete der Nervenheilkunde und dem der Psychiatrie in intensiver Weise arbeiten und forschen zu können, und ich zweifle nicht daran, daß die Zukunft mir recht geben wird: — dereinst wird man auf die Zeit, da Neurologie und Psychiatrie von demselben Lektor gelehrt wurden, ebenso herabblicken, wie etwa wir auf jene Epoche, da der Professor für interne Medizin gleichzeitig Pharmakologie vortrug.

Über die wissenschaftliche Bedeutung der k. k. I. psychiatrischen Universitätsklinik zu sprechen, darf ich mir wohl versagen. Eindringlicher und überzeugender, als irgend welche Worte dies vermöchten, sprechen die Publikationen, die aus dieser Klinik hervorgegangen sind und deren Verzeichnis am Schluß dieses Heftes folgen möge: Es sind Arbeiten, welche — wir Österreicher dürfen es mit Stolz sagen — den Namen der Klinik weit über die schwarzgelben Pfähle hinausgetragen haben, Arbeiten, die in Frankreich, Italien, Japan usw. gewürdigt sind, Arbeiten, welche zeigen, daß bei redlichem Fleiße und Forschungstriebe auch unter minder glänzenden, ja mehrfach geradezu ungünstigen äußeren Verhältnissen und ohne kostspielige Musterlaboratorien und Instrumentarien Gediegenes für die Wissenschaft und damit für die leidende Menschheit geschaffen werden kann.

Baubeschreibung der n.-ö. Landes-Heil- und Pflege-Anstalten für Geistes- und Nervenkranke „am Steinhof" in Wien XIII.

Von Landes-Oberbaurat *Franz Berger*.

Im Westen Wiens, im dreizehnten Bezirke, am Südabhange des Kahlengebirges, eines Ausläufers der Alpen, wurde für die niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten „am Steinhof" eine Fläche von 1 430 000 m^2 erworben und sind für eigentliche Zwecke der Anstalten, wie in dem umseitig darge-


LAGE-PLAN
DER
N.Ö. LANDES-HEIL- UND PFLEGEANSTALTEN FÜR GEISTES- UND NERVENKRANKE
„AM STEINHOF"
IN
WIEN
ALLGEMEINE ANLAGEN:
A.A. PFÖRTNERWOHNHAUS UND WACHSTUBE
B.B. BEAMTEN-WOHNHÄUSER
C. ADMINISTRATIONS- UND WOHNGEBÄUDE
D. GESELLSCHAFTSHAUS
E. KÜCHE
F. KIRCHE
K. LEICHENHAUS
L. PFERDESTALL
M. WIRTSCHAFTSWOHNHAUS
N. SCHWEINESTALL
O. BESCHÄFTIGUNGSHAUS
P. WÄSCHEREI
Q. KESSELHAUS
R. GEWÄCHSHAUS
S. GÄRTNER-WOHNHAUS
T. PFÖRTNER- UND WAGHAUS
U. DESINFEKTION UND BAD
V. MATERIALGEBÄUDE
X. FLEISCHEREI
Y. VERBRENNUNGSOFEN UND DAMPFSCHORNSTEIN
HEILANSTALT
1.2. AUFNAHME
3,4,8,9,12 HALBRUHIGE
5,6,11,14 UNRUHIGE
7,10 RUHIGE
PFLEGEANSTALT
W. ADMINISTRATIONSGEBÄUDE
13,16 RUHIGE
15,18,20,21 PFLEGEBEDÜRFTIGE UND BETTLÄGERIGE
17,24 UNRUHIGE PFLEGEBEDÜRFTIGE UND HALBRUHIGE SIECHE
19,22 TUBERKULOSE UND INFEKTIONSKRANKE
23 VERWAHRUNGSHAUS FÜR GEWALTTÄTIGE KRANKE
PENSIONAT
G. ADMINISTRATIONSGEBÄUDE
H. KURHAUS
J. KÜCHE
25,26 OFFENE PAVILLONS
27,28 AUFNAHME UND HALBRUHIGE
29,30 GESELLSCHAFTSHAUS
31,32 UNRUHIGE UNREINE
33,34 UNREINE SIECHE

stellten Lageplane ersichtlich ist, ca. 970 000 m² mit einer 4.2 km langen Einfriedung, teils Mauer, teils Gitter, in Benützung genommen.

Die mittlere Höhenlage der umfriedeten Flächen ist 310 m über dem Meeresspiegel. Das Terrain steigt gegen Norden und im Wirtschaftshofe gegen Westen an und bildet in diesen Richtungen der bewaldete Satzberg (433 m ü. d. M.-Sp.) und der Galizinberg (388 m ü. d. M.-Sp.) den rückwärtigen Abschluß. Nach Osten und Süden überblickt man nahezu von allen Punkten des Anstaltsgebietes einen großen Teil der Stadt und die dahinter liegenden Flächen bis zur ungarischen Grenze und bis zum Schneeberg. Weiter gegen Westen eröffnet sich der Ausblick auf das Wiental und auf den Wienerwald. Sonach ist der gewählte Platz in jeder Richtung ein äußerst günstiger, umsomehr, als eine Verbauung und Ausdehnung der Stadt in westlicher Richtung ausgeschlossen ist und ist hierdurch stets infolge der herrschenden Windrichtung frische, reine Luft, die über den Wienerwald der Anstalt zugeführt wird, gesichert.

Der Untergrund besteht aus Ton, Kalk und Mergel, unter welchen der Wiener Sandstein liegt. Letzterer kommt stellenweise nahe an die Oberfläche, so daß für Keller und Fundamente Sprengungen notwendig waren. Im Nordwesten der Anstalt ergab sich hierdurch die günstige Gelegenheit, einen Stein- oder Schotterbruch zu eröffnen, von welchem das gesamte für den Bau erforderliche Bruchstein- und Schottermaterial, sowie auch große Quantitäten Sandes gewonnen wurden. Die obersten Schichten des Bauplatzes waren teilweise sehr wasserhaltig, weshalb eine umfangreiche Drainage des gesamten Bauplatzes durchgeführt wurde.

Die Stellung der Gebäude ist, dem Terrain anpassend, so gewählt, daß die Hauptfronten der Krankenpavillons nach Süden und Südosten gerichtet sind. Es ergaben sich drei Hauptgruppen. Links und rechts von der Hauptachse liegen die Objekte der Heil- und Pflegeanstalt und zwar bildet die erste und zweite Reihe die Heilanstalt, die dritte und vierte Reihe die Pflegeanstalt. Die westlich gelegene Gruppe mit 13 Objekten enthält das Sanatorium, als dritte Gruppe ergibt sich im Osten der Wirtschaftshof. In der Heil- und Pflegeanstalt betragen die Entfernungen der Pavillons voneinander und zwar parallel zu den Hauptstraßen 32 bis 54 Meter und parallel zur Hauptachse 60 bis 70 Meter. Diese Entfernungen sind im Sanatorium wesentlich größer.

Die Trennung der Geschlechter ist so durchgeführt, daß in der Heil- und Pflegeanstalt rechts von der Hauptachse die Pavillons mit geraden Nummern für Männer, links von der Hauptachse mit ungeraden Nummern für Frauen bestimmt sind.

Im Sanatorium sind die Pavillons rechts von der Hauptachse mit geraden Nummern für Frauen und links von der Hauptachse mit ungeraden Nummern für Männer bestimmt.

Die Heilanstalt umfaßt:

zwei eingeschossige Aufnahmepavillons (1 und 2) à 40 Betten; fünf zweigeschossige Pavillons (3, 4, 8, 9, 12) für Halbruhige à 70 Betten; vier zweigeschossige Pavillons für Unruhige (5, 6, 11, 14) à 60 Betten und zwei dreigeschossige Pavillons für Ruhige (7, 10) à 100 Betten; zusammen: 13 Pavillons mit 870 Betten.

Die Pflegeanstalt enthält:

vier zweigeschossige Pavillons für Pflegebedürftige (15, 18, 20, 21) à 100 Betten;

zwei zweigeschossige Pavillons für unruhige Pflegebedürftige und halbruhige Sieche (17, 24) à 100 Betten;

zwei dreigeschossige Pavillons für Ruhige (13, 16) à 100 Betten;

zwei zweigeschossige Pavillons für Tuberkulose (19, 22) à 24 Betten; in diesen beiden Pavillons ist noch je eine vollständig gesonderte Abteilung mit sechs Betten für andere Infektionskrankheiten vorgesehen; endlich

ein Verwahrungshaus für gewalttätige Kranke (23) zu 40 Betten. Letzteres Objekt ist abseits von der Pflegeanstalt nordwestlich vom Wirtschaftshofe situiert, sonach zusammen elf Pavillons mit 888 Betten. Außerdem sind noch im Wirtschaftshofe in den Objekten (M und U) 86 für Wirtschaftszwecke beschäftigte Pfleglinge untergebracht.

Das Sanatorium enthält zwei offene Pavillons (25, 26) à 20 Betten; zwei Pavillons für Aufnahme und Halbruhige (27, 28) à 33 Betten;

zwei Gesellschaftshäuser (29, 30), welche mit den korrespondierenden Pavillons (27 und 28) durch einen breiten Glasgang miteinander verbunden sind mit je 34 Betten. Zwei Pavillons für unruhige Unreine (31, 32) à 52 Betten. Die Pavillons (33, 34) für unreine Sieche à 39 Betten sind eingeschossig, alle übrigen Objekte des Sanatoriums zweigeschossig.

Zusammen zehn Pavillons mit 356 Betten.

Im ganzen sonach 34 Pavillons mit 2200 Betten.

Mit Rücksicht auf den in der Süd-Nordrichtung stark ansteigenden Grund ergaben sich an der Südseite der Pavillons äußerst günstige Souterrainräumlichkeiten, welche für Depots und zu Beschäftigung der Kranken in Benutzung genommen werden.

Sämtliche Pavillons enthalten im Mittelteil oder auch seitlich Aufbauten, in welchen sich isoliert die Wohnungen der Traktpfleger und der übrigen Pfleger, sowie nach Bedarf Depoträume befinden.

Die Krankenpavillons sind so angeordnet, daß an der Nordseite die Hauptkommunikationswege direkt vorüberführen und von hier aus der Eintritt in das Stiegenhaus, in das Souterrain und durch ein Vestibüle in den südlich gelegenen Gartenteil ermöglicht ist.

Die Gärten für die unruhigen Kranken sind mit 2,50 m hohen Mauern abgefriedet, während für Halbruhige in der Heil- und Pflegeanstalt und im Sanatorium allenthalben niedrige Gitterabfriedungen ausgeführt sind. Die Gärten für ruhige Kranke sind nicht abgefriedet.

An weiteren Objekten enthält das Sanatorium ein eigenes Küchengebäude (J) mit geräumiger Kochküche samt Nebenräumen. Im obersten Stocke dieses Objektes sind die Wohnräume des Küchenpersonals untergebracht, während die Kellergeschosse für Vorratsräume und Heizungszwecke in Anspruch genommen werden.

Das Kurhaus (H) enthält einen geräumigen Festsaal mit anschließenden Wandelbahnen, Räume für Hydro-, Mechano- und Elektro-Therapie, ein 69,4 m^2 großes Badebassin und sechs Badekabinen für Einzelbäder und eine Reihe von Ruheräumen.

Über den Terrassen der Wandelbahnen sind zwei Sonnenbäder mit Douche und Ruheräumen angeordnet. In den Obergeschossen der beiden Flügel dieses Objektes sind Wohnungen für Ärzte, Beamte und Diener.

Für das Sanatorium besteht noch ein ärztliches Administrationsgebäude (G), welches im Parterre die Aufnahme-, Verwaltungskanzleien, dann die Kanzlei des Primarius enthält, während im ersten und zweiten Stockwerke verschiedene Wohnungen untergebracht sind.

In der Heil- und Pflegeanstalt liegen zunächst dem Hauptportale zu beiden Seiten ein Pförtnerhaus (A 1) und ein Gebäude für die k. k. Sicherheitswache (A), ferner ebenfalls an der Hauptstraße noch gelegen die Objekte (B und B 1), welche im Parterre die ärztlichen Kanzleien für die Frauen- bezw. Männerabteilung der Heilanstalt enthalten, während die beiden Obergeschosse gleichfalls eine Reihe von Wohnungen bergen.

In der Hauptachse befindet sich zunächst ein Gebäude (C), woselbst im Parterre die Diener- und Verwaltungsräume, im ersten Stockwerke acht Wohnungen für Ärzte und Beamte liegen.

Es folgt dann das Gesellschaftshaus (D) mit einem Festsaale von 28,80 m Länge, 16,00 m Breite und 11,80 m Höhe, an welchen sich noch ein Bühnenraum anschließt.

Umgeben ist dieser Festsaal von einem Vestibül und Garderoberäumen, zwei Speisesälen, ferner Nebenräumen, wie Rettungszimmer, Bufetts etc. Der Bühne gegenüber ist im Obergeschosse eine Galerie mit gleichfalls kleinen Speiseräumen angeordnet.

Die Hauptküche (E) enthält im Ebenerdgeschoß eine 22 m lange, 16 m breite, 8,50 m hohe Küche; in derselben stehen 19 Stück Dampfkochkessel mit zusammen 7640 Liter Inhalt.

Bratherde und offene Herde sind mit Gasheizungen versehen. In den an die Küche anschließenden Nebenräumen zur Vorbereitung der Speisen stehen elektrisch betriebene Arbeitsmaschinen und drei Kartoffeldämpfer. Zu beiden Seiten der Hauptküche sind Abwaschräume und Gemüseputzräume angeordnet. Nach Norden zu ist die doppelt angelegte Speisenausgabe.

Im Parterregeschosse befinden sich dann noch Vorratsräume, Kanzleilokalitäten und ein aus drei Piecen bestehendes Ärzte- und Beamten-Kasino. Das Obergeschoß enthält die Wohnräume für das männliche und weibliche Küchenpersonal, im Untergeschosse Kellerräume für Gemüse und Flüssigkeiten und nach Süden zu Vorratsräume, eine Kühlanlage für Fleisch und Milch, eine Eis- und Sodawassererzeugungsanlage.

In der letzten Reihe der Pavillons ist links von der Hauptachse ein mehrgeschossiges Materialgebäude (V), rechts von der Hauptachse sind im Gebäude (W) die Administration für die Pflegeanstalt und Operationsräume im Erdgeschoß untergebracht.

Nahezu am höchsten Punkte in der Hauptachse liegt die Anstaltskirche, ein mächtiger moderner Kuppelbau mit einem Fassungsraum für 1000 Personen.

Im Wirtschaftshofe ist ein Werkstättengebäude (O), welches mit einem Wohngebäude für zwölf Professionisten-Diener in Verbindung steht nächst dem Pavillon 24 angeordnet.

Das Wirtschaftswohnhaus (M) enthält Räume für 43 Pfleglinge, welche in der Wirtschaft Verwendung finden.

Das Gebäude (U) enthält im Untergeschosse Kellerräume und eine Roßhaarkrempelei. Im Erdgeschosse Bäder für die Anstaltsbediensteten und in einem separaten Flügel eine Desinfektionsanlage. Im Obergeschoß sollen die Bediensteten der Wäscherei und 43 weibliche Pfleglinge Unterkunft finden.

Das Objekt (P) enthält im Erdgeschosse eine bereits auf 3000 Pfleglinge dimensionierte Waschküchenanlage und zwar sind geräumige Lokale für die Annahme und für das Sortieren der Wäsche, für das Einweichen, für das Waschen in Dampfkochtrommelmaschinen, dann Räume für das Trocknen, für das Zusammenlegen, Sortieren und Glätten, endlich ein Nähsaal und eine Kanzlei vorhanden.

Das erste Stock-Geschoß enthält Magazinräume, während im vorderen zweiten Stockwerke die Reservoire mit 240 m^3 Inhalt eingelagert sind.

Das Gebäude (Q), ein Kesselhaus mit anstoßendem 42 m hohen Dampfschornstein enthält drei Steinmüllerkessel, welche den Dampf für die Wäscherei, ferner für die Desinfektion in (U), für die Kochapparate der Küche (E) und endlich für die Heizung der Objekte (E, W, 22, 23, 24, O, M, U) und für die Glashäuser (R) liefern. Ferner wird noch Dampf in das Gebäude (X) geleitet. An den Dampfschornstein angebaut ist noch ein Raum, in welchem ein Verbrennungsofen eingebaut ist, wo der Kehricht und die sonstigen Abfälle der Anstalt zur Verbrennung gelangen.

Das Gebäude (L) enthält Stallungen für zwölf Pferde, ferner Remisen und die Wohnungen für die Pferdewärter.

Das Objekt (N) enthält Stallungen für 200 Schweine.

Das Objekt (X) enthält den Raum zum Stechen der Schweine und Räume zur Wursterzeugung und Fettschmelze.

(R) sind Glashäuser und zwar ein Kalt- und ein Warmhaus.

(S) ist das Gärtnerwohnhaus.

(T) ist das Pförtner- und Wagehaus beim Eingang in den Wirtschaftshof.

Separiert gelagert von den anderen Objekten ist das Leichenhaus (K).

Dasselbe enthält im Parterre gegen die Straße zu eine Einsegnungskapelle und zu beiden Seiten derselben je einen Aufbahrraum. Vorgelagert den Aufbahrungsräumen ist eine Wartehalle. Nach rückwärts zu sind angeordnet Wohnungen des Prosektursdieners und Parteienräume.

Im ersten Stockwerke sind die Laboratorien und Sektionsräume des Prosektors untergebracht. Für das Beisetzen der Leichen sind im Untergeschosse entsprechende Räume hergerichtet.

Der Einsegnungskapelle ist ein eigener von der Anstalt vollständig abgeschlossener Vorgarten beigegeben, in welchen die Leidtragenden und auch die Leichenwagen unbeirrt vom Straßenverkehr einfahren können.

Im ganzen sind vorhanden: 60 einzelne Objekte, welche eine verbaute Fläche von 53909 m^2 und einen kubischen Inhalt von 737186 m^3 haben.

Krankenräume sind im ganzen 518 vorhanden, worunter Absonderungszimmer und Isolierzimmer, welche für den eigentlichen gewöhnlichen Belag nicht zu rechnen wären, einbezogen sind.

Vorhanden sind:

Räume	mit	1	Bett	216
"	"	2	Betten	63
"	"	3	"	31
"	"	4	"	14
"	"	5	"	22
"	"	6	"	16
"	"	7	"	8
"	"	8	"	8
"	"	9	"	16
"	"	10	"	27
"	"	11	"	29
"	"	12	"	28
"	"	13	"	8
"	"	14	"	16
"	"	16	"	16

Es ergeben sich sonach Zimmer für 1 Bett 42%,
Räume mit 2 bis 8 Betten 31%,
Räume mit 9 bis 16 Betten . . . . 27%.

Der kubische Luftraum pro Bett schwankt in der Heil- und Pflegeanstalt von 24 bis 67 m^3, ist im Sanatorium jedoch wesentlich höher.

Hierbei sind Tagräume und Korridore nicht berücksichtigt.

Das Verhältnis der Fenster zur Fußbodenfläche schwankt von $^1/_6$ bis $^1/_3$.

Den Tageräumen sind bei einzelnen Pavillons für Ruhige Terrassen, bei den Pavillons für Unruhige Veranden mit vollkommenem Drahtgeflechtsabschluß vorgebaut.

Bäder sind in jedem Geschoß anschließend an die Waschsäle mit drei bis vier Wannen angeordnet und ist übrigens für die Abgabe von Dauerbädern vorgesorgt.

In jedem Geschoß der Krankenpavillons ist direkt vom Stiegenhaus aus einerseits eine Spülküche, andererseits ein Raum für die Besucher angeordnet.

Diese beiden Räume sind auch in Verbindung mit den Korridoren der Krankenabteilungen.

Mit Ausnahme der Pavillons für Ruhige sind die übrigen Krankenpavillons mit je einem Ärztezimmer

versehen, welches die erforderlichen Einrichtungen für Untersuchungen enthält.

Die Klosetts, durchweg mit Wasserspülung versehen, sind teilweise in nach Norden gelegenen Ausbauten untergebracht; auf den Wachabteilungen sind Klosetts mit geräuschloser Spülung auch in den Krankenräumen eingebaut.

Nachdem ein eigener Pavillon für die gewalttätigen Patienten (23) eingerichtet ist, sind Zellen unter bekannten besonderen Vorsichten in den Pavillons für Unruhige nur im geringen Ausmaße, im ganzen 56 vorhanden. Diese Zellen haben eine Fläche von 13 bis 15 m^2 und einen kubischen Inhalt von 58 bis 67 m^3. Fußboden und Wände bis 1,80 m Höhe sind mit Xylolit belegt. Die Türen sind innen glatt und doppelt verstemmt.

Was die baulichen Ausführungen anbetrifft, so sind dieselben durchwegs massive. Die Untergeschosse sind aus Bruchsteinmauerwerk, die übrigen Geschosse Ziegelmauerwerk, teilweise sind auch Monierwände angewendet.

Die Holzdecken (Tramdecken zwischen Traversen) sind nur bei den Wohngebäuden in Anwendung gebracht, dagegen sind sämtliche übrigen Decken entweder Ziegelgewölbe, oder, wie dies in bedeutendem Maße angewendet wurde, Betoneisendecken.

Die Dächer sind meistens derart ausgeführt, daß Betoneisendecken mit Holzzementmasse abgedeckt und mit einer Schotterschicht geschützt sind. Als weiteren Wärmeschutz sind die Unterseiten der Deckenkonstruktion noch mit einer Rabitzdecke versehen.

Als Fußböden sind angewendet:

Mettlacherplatten auf Beton in Schlafsälen, Korridoren, Bädern, Spülküchen etc.

Terrazzoböden in Schmutzwäscheräumen, Depots und dergleichen.

Eichenbretterböden in den Tagräumen, größeren Wohnungen usw.

Weiche Schiffböden in Dienerwohnungen und Magazinen.

Xylolitböden in den Zellen.

Verkachlung der Wände mit Mettlacherplatten oder Terrazzo ist in der Anstalt im reichen Maße durchgeführt und zwar in sämtlichen Bädern, Klosetts, Spül- und sonstigen Küchen und auch überall dort, wo eine Manipulation mit Wasser vorkommt.

Die Gebäude sind zur besseren Trockenhaltung der Mauern außen mit einem 1,4 m breiten Trottoir aus Klinkerplatten umgeben.

Die durchwegs in glasierten Steinzeugröhren ausgeführte Kanalisation und Abwässerungsanlage umfaßt ein Niederschlagsgebiet von 57 Hektaren mit Rohrdimensionen von 100 mm bis 500 mm. Die Abfuhr erfolgt in fünf Systemen nach den städtischen Unratskanälen in den öffentlichen Straßen.

Sämtliche Hauptkanäle mit 12,5 km Länge können von einem beim Pav. 21 eingebauten Spülreservoir von 72 Kubikmeter Inhalt kräftig durchgespült werden.

Die Gesamtlänge der Rohrleitungen beträgt 31 km.

Die Ventilation des Kanalnetzes erfolgt durch Einteilung in die Ventilationsbezirke mit eignen Lufteinlässen, welche durch selbsttätige Luftklappen voneinander getrennt sind.

Das Abströmen der verdorbenen Luft erfolgt durch Abortschläuche und durch Regenrohre über Dach.

Die Straßen- und Trottoirentwässerung ist mit Steinzeugzinkkästen, zirka 750 Stück mit eingesetzten Schlammeimern ausgeführt.

Die Abortschläuche sind aus Gußeisen, nehmen kein Regenwasser auf und sind sämtlich bis über Dach geführt.

Für die Lösung der Heizungsfrage wurden umfangreiche Studien und Projekte durchgeführt und als Resultat ergab sich folgendes:

Von einer Fernheizung für die gesamte Anstalt wurde abgesehen, weil die Kanalführung für die Heizrohre mit Rücksicht auf die Terrainverhältnisse bedeutende Schwierigkeiten verursacht hatte. Doch wurde für zehn Objekte eine derartige Fernheizung vom Kesselhaus aus angelegt.

Die Heizung ist für eine Reihe von Objekten, welche nur Wohnungen enthalten, mit Kachelöfen oder eisernen Öfen durchgeführt, für die Objekte des Sanatoriums und der Heilanstalt und für die allgemeinen Objekte, sowie für einen Teil der Pflegeanstalt ist die allgemein bekannte Niederdruckheizung angeordnet, wobei jedes Objekt seine eigene Heizanlage besitzt.

Für den Betrieb der Wäscherei ist eine große Dampfanlage mit hochgespanntem Dampf im Kesselhause Q errichtet und wird von hier aus der Dampf zu den Objekten P, U, M, O, 24, 22, 23, W und E geführt. Ferner werden von dieser Kesselanlage aus die beiden Glashäuser R, sowie das Gebäude X mit Dampf versorgt.

Der hochgespannte Dampf wird in den einzelnen bezeichneten Objekten reduziert und daselbst zur Betätigung einer Warmwasserheizung verwendet.

Diese Warmwassererzeugung ist eine Schnellumlaufheizung nach dem System Aero-circuit.

Nach dem Charakter der Anstalt und mit Rücksicht auch auf die Lage der Anstalt wurde seitens

der Behörden eine ausgiebige Rauchverzehrung vorgeschrieben. Dieselbe wird dadurch erreicht, daß die Niederdruckdampfheizungsanlage durchweg eine Koksfeuerung erhielt, während in die drei Steinmüllerkessel im Kesselhause je ein Rauchverzehrungsapparat eingebaut wurde.

Die Heizkörper in den verschiedenen Räumen sind teils gußeiserne Radiatoren, zum geringen Teile auch Rohre, die entweder in den Fensterparapetten oder an den Wänden situiert sind. Sie stehen in den allgemeinen Objekten, in den Pavillons für Ruhige frei, für Halb- und Unruhige sind die Heizkörper ummantelt. Im erforderlichen Maße sind auch Frischluftzuführungen vorhanden. Die Ventilation der Räume erfolgt durch Frischluftzuführung zu den Heizkörpern, dann auch durch Abfuhr der verdorbenen Luft durch Dachkanäle. Die oberen Fensterflügel, um horizontale Achsen drehbar, sind auch zu Ventilationszwecken verwendet worden.

Um eine besonders ausreichende Lüftung von Räumen zu erzielen, sind bei den Fenstern der Halbruhigen und Unruhigen unmittelbar hinter den inneren Fenstern schwache Eisengitter eingesetzt, welche dieselbe Sprossenteilung wie die inneren Fenster aufweisen, so daß sich beide Sprossenteilungen nahezu decken. Hierdurch ist es möglich, sämtliche Fenster, sowohl innere als auch äußere, vollständig zu öffnen, was auch zur wärmeren Jahreszeit zur Nachtzeit möglich ist, ohne daß Gefahr besteht, daß Patienten etwa in unbewachten Momenten durch das Fenster springen.

In größeren Räumen, wie Küchen, Gesellschaftssälen ist noch eine künstliche Ventilation mit elektrisch betriebenen Ventilatoren vorgesehen.

Die Abfuhr der Abfälle aus den Pavillons ist in der Weise geregelt, daß in jeder Abteilung drei Behälter stehen, einer für Speiseabfälle, einer für Kehricht und einer für Glas-, Porzellan- und Blechabfälle. Die Speisereste kommen zweimal täglich nach dem Schweinestalle zur Verwendung. Die Kehrichtgefäße kommen einmal des Tages zu dem beim Dampfschornsteine situierten Verbrennungsofen. Zur besonderen Desinfektion ist im Gebäude U eine separate Anlage mit einem großen und einem kleineren Desinfektionsapparat eingebaut.

Die Annahme der zu desinfizierenden Effekten erfolgt in einem westlich gelegenen, die Abgabe der reinen Objekte in einem südlich gelegenen Raume.

Neben beiden Räumen ist ein Bad- und Waschraum vorhanden, so daß der mit der Manipulation betraute Diener vor dem Betreten des Abgaberaumes sich einer gründlichen Reinigung unterziehen muß.

Die Beleuchtung in den Anstaltsräumen, auch in den Wohnungen ist durchweg elektrisch und sind die Beleuchtungskörper bei den Halbruhigen und Unruhigen als Deckenflamme installiert. Für Zellenbeleuchtung ist diffuses Licht angeordnet. Für die Schlafsäle und Zellenbeleuchtung ist eine Tag- und Nachtbeleuchtung vorgesehen. Die Außenbeleuchtung wird mit Gas besorgt; auch ist Gas in allen Pavillons für Heizzwecke in den Spülküchen eingeleitet. Für den Verkehr in der Anstalt sind 235 Telephone eingerichtet und es verfügt jede Abteilung, sowie jede Wohnung der Ärzte, Beamten und Diener über eine Sprechstelle.

Der Anschluß an das öffentliche Netz der staatlichen Telephonanlage wird mit drei separaten Nummern erreicht.

Zur internen Benutzung sind noch elektrische Signalleitungen von den Abteilungen zu den Pflegerwohnungen eingerichtet.

Zur Kontrolle der Wärter zur Nachtzeit sind an den Wachabteilungen elektrische Kontrollapparate aufgestellt, welche auf einem Apparat in der Primariuskanzlei die vorgeschriebenen Registrierungen durchführen.

Derartiger Systeme besteht eines im Sanatorium zwei in der Heilanstalt, eines für die Männer-, eines für die Frauenabteilung, und eines für die Pflegeanstalt.

Zur Nachtwächterkontrolle sind an den Außenobjekten gleichfalls eine Reihe von elektrischen Leitungstastern angebracht, deren Registrierung gleichfalls an einer Zentralstelle beim Pförtner stattfindet.

Für den äußeren Verkehr in der Anstalt wird mit Rücksicht auf die ganz bedeutende Distanz, die zurückzulegen ist, eine elektrische Bahn mit Oberleitung eingerichtet. Auf derselben werden nach Bedarf mit regelmäßigem Betrieb Züge eingerichtet, welche einerseits zur Zeit der Ausspeisung die Speisen zu den einzelnen Pavillons befördern, andererseits den Transport der Wäsche zur Wäscherei und zurück, ferner den Transport des Brennmateriales zu den Pavillons usw. besorgen*).

*) **Die Redaktion behält sich vor,** in einer späteren Nummer **noch Typen und Beschreibungen,** sowie die für Psychiatrie **Interesse habenden Details zu bringen.**

Die Organisation des ärztlichen Dienstes in den niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke „am Steinhof“.

Von Direktor Dr. *Heinrich Schlöss.*

Der Betrieb einer großen Irrenanstalt im Sinne der modernen Grundsätze gehört zu den schwierigsten Fragen, welche die Fürsorge für die Geisteskranken aufrollt. Soll eine öffentliche Irrenanstalt ihrem Zwecke entsprechen, so müssen ihre Einrichtungen eine individualisierende Behandlung ermöglichen. Diese Möglichkeit würde im gleichen Verhältnis abnehmen, in welchem die Größe einer Anstalt zunimmt, wenn nicht für die Gewährleistung der individualisierenden Behandlung und Pflege ganz besondere und sichere Maßnahmen getroffen würden.

Verschiedene Umstände erforderten es aber, bei Errichtung einer öffentlichen Irrenanstalt für die Reichshaupt- und Residenzstadt Wien dieser Anstalt eine Größe zu geben, wie sie noch von keiner kontinentalen Irrenanstalt erreicht wurde. Diese Umstände waren einesteils durch das fortwährende und rasche Anwachsen der Bevölkerung Wiens und anderenteils durch die unabsehbaren Rückwirkungen des neuen Heimatsgesetzes auf die Zuständigkeitsverhältnisse gegeben. So rechnete man von vornherein mit 2000 Kranken in der Heil- und Pflegeanstalt und trotz dieser hohen Ziffer mußte man darauf bedacht sein, die Erweiterungsfähigkeit der neuen Anstalt vorzusehen, um einem noch weiteren Raumbedarf gewachsen zu sein. Denn daß die Anstalt in ihrer künftigen Entwicklung nicht 2000, sondern noch sehr viel mehr Plätze werde enthalten müssen, ist als sicher anzunehmen.

Um auch dem wohlhabenden Publikum die Möglichkeit zu bieten, seine Angehörigen im Bedarfsfalle in einer öffentlichen Landesanstalt unterbringen zu können, wurde die Errichtung eines Sanatoriums für Geistes- und Nervenkranke im Anschluß an die Anstalt beschlossen, doch mußte man auf die örtliche Trennung des Sanatoriums von der Heil- und Pflegeanstalt bedacht sein und auch in ärztlich-administrativer Beziehung eine möglichst weitgehende Separierung durchführen. Das Sanatorium wurde mit einer Zahl von 356 Betten ausgeführt, in einer Größe also, wie sie bis jetzt einem ähnlichen Institut nicht gegeben wurde.

So entstand ein Komplex, der sich aus drei Anstalten, der Heilanstalt, der Pflegeanstalt und dem Sanatorium zusammensetzt.

60 Pavillons erheben sich auf einer Bodenfläche von mehr als einer und einer halben Million Quadratmeter. 36 von diesen Pavillons dienen der Beherbergung von Kranken, während die übrigen Gebäude zur Aufnahme der ärztlichen Behelfe, zu administrativen Zwecken oder als Wohngebäude für Angestellte und Bedienstete dienen. Zehn Pavillons sind für die Pensionäre des Sanatoriums bestimmt, zu dem noch das Kurhaus, in dem die mechano-, hydro- und elektrotherapeutischen Heilbehelfe, ein Saal für Heilgymnastik und ein Winterbad untergebracht sind, ferner ein Küchengebäude gehören, in welchem ausschließlich für die Pensionäre des Sanatoriums gekocht wird.

Dem Bedenken, daß sich, abgesehen von den administrativ-ökonomischen und technischen Schwierigkeiten des Betriebes, ein solcher Komplex von drei Anstalten nach den bisherigen Prinzipien nicht werde übersehen und leiten lassen, umsomehr, als die Anstalt im Laufe der Zeit sicher noch über ihre gegenwärtige enorme Ausdehnung hinauswachsen wird, mußte durch eine besondere Organisation des ärztlichen Dienstes begegnet werden.

Die Leitung der Anstalten wurde dem nach Maßgabe der bezüglichen Dienstvorschriften verantwortlichen Direktor übertragen. Abgesehen von seinen Funktionen rein administrativer Natur, welche, im Anstaltsstatut präzisiert, hier nicht Besprechung finden sollen, fungiert er als Chefarzt. Er überwacht die Behandlung und Pflege der Kranken in jeder Beziehung. Er ist berechtigt und verpflichtet, sich in alle Einzelheiten des ärztlichen Dienstes einen Einblick zu verschaffen und überall dort selbsttätig oder belehrend einzugreifen, wo er mit den ärztlicherseits getroffenen Verfügungen nicht einverstanden ist. In jenen Fällen, in welchen Abänderungen ärztlicher Verfügungen oder selbständige Anordnungen seitens des Direktors getroffen werden, übernimmt er die Verantwortung für die allfälligen Folgen seines Einschreitens. Er ist hinsichtlich der Hygiene in den Anstalten in erster Linie verantwortlich. Er revidiert die von den Ärzten ausgeführten schriftlichen Arbeiten, revidiert die schriftlichen, ärztlichen und Pflegerrapporte und hat das Recht zu beanspruchen, über alle die Behandlung und Pflege der Kranken betreffenden, den ärztlichen Dienst oder den Dienst der Pflegepersonen berührenden Angelegenheiten im Laufenden erhalten zu werden. In allen ärztlichen Angelegenheiten vermittelt der Direktor die Beziehungen der Anstalt und

der Pfleglinge nach außen. Der Direktor beruft nach seinem freien Ermessen die Anstaltsärzte zu Konferenzen, in welchen alle Vorkommnisse und Wahrnehmungen zu besprechen, sowie Vorschläge über die Behandlung und Pflege der Kranken, endlich Anträge zur Förderung der wissenschaftlichen Zwecke zu erstatten sind.

Im Bedarfsfalle, mindestens aber jährlich einmal, sind vom Direktor Konferenzen unter Zuziehung der Verwaltungsbeamten abzuhalten und sind hierbei alle auf die Administration der Anstalt Bezug habenden Angelegenheiten zu besprechen.

Zur unmittelbaren Behandlung und Beaufsichtigung der Kranken sind dem Direktor Primarärzte, und zwar je zwei für die Heilanstalt (Männer- und Frauenabteilung), einer für die Pflegeanstalt, einer für das Sanatorium beigegeben. Die Primarärzte sind dem Direktor unterordnet und tragen nach Maßgabe der diesbezüglich bestehenden Dienstvorschriften für die von ihnen rücksichtlich der Behandlung und Pflege der ihnen anvertrauten Kranken getroffenen Anordnungen insolange die Verantwortung, als ihre Verfügungen nicht vom Direktor abgeändert werden.

Die Primarärzte fungieren als Abteilungsvorstände und treffen als solche unter ihrer eigenen Verantwortung alle Maßnahmen, welche durch die Sorge für die Heilung und Pflege der Kranken ihrer Abteilung bedingt sind.

Sie leiten demgemäß die sachgemäße Behandlung und Pflege der Kranken, sorgen für deren Lebensbedürfnisse, verordnen deren Diät, bestimmen die Art und Dauer der Beschäftigung, die Ausgänge, die Teilnahme an Unterhaltungen, Zerstreuungen und gottesdienstlichen Übungen der Kranken, überwachen deren Korrespondenz.

Sie erteilen mündliche Auskünfte über ihre Kranken und legen schriftliche Auskünfte über dieselben der Direktion vor. Sie entscheiden über die Besuchsfähigkeit jedes einzelnen Kranken. Sie bringen Entweichungen von Kranken und ebenso besondere Ereignisse auf ihrer Abteilung der Direktion zur Kenntnis.

Sie leiten die erste Untersuchung der zuwachsenden Kranken in Bezug auf deren körperlichen und geistigen Zustand, bestimmen innerhalb ihrer Abteilung den Aufenthalt jedes einzelnen Kranken, beantragen Übersetzungen auf andere Abteilungen, auf den Pavillon für infektiös Erkrankte und auf den Pavillon für gewalttätige Geisteskranke.

Sie führen die tägliche Morgenvisite, besuchen auch sonst möglichst häufig ihre Abteilungen, und orientieren sich genau über den körperlichen und geistigen Zustand ihrer Kranken. Sie sorgen für die rechtzeitige, den religiösen Bestimmungen entsprechende Behandlung der Sterbenden, wohnen den Obduktionen der auf ihrer Abteilung verstorbenen Pfleglinge bei und sorgen für die Eintragung der Obduktionsbefunde.

Sie haften für die genaue Führung des Abteilungsberichtes, des Verzeichnisses der körperlichen Erkrankungen und des Beschränkungsprotokolles ihrer Abteilung, für die gewissenhafte Führung der Krankengeschichten, sie arbeiten die von der Direktion verlangten schriftlichen Gutachten über ihre Kranken aus, wirken bei Berichten und statistischen Arbeiten im Auftrage der Direktion mit, sorgen für die Instandhaltung der auf ihren Abteilungen untergebrachten Behandlungsbehelfe. Sie beteiligen sich an der qualitativen und quantitativen Prüfung der den Pfleglingen zu verabreichenden Nahrungsmittel.

Die Primarärzte sind die unmittelbaren Vorgesetzten der ihrer Abteilung zugewiesenen Ärzte und Pflegepersonen. Sie sorgen für die Unterweisung der letzteren und überwachen deren Dienstleistungen, sie sind berechtigt, über die Pflegepersonen ihrer Abteilung Disziplinarstrafen zu verhängen, sowie deren Entlassung dem Direktor zu beantragen, sie führen deren Qualifikationstabellen, beantragen für dieselben Lohnerhöhungen, Belobungen und Belohnungen.

Sie achten auf einen möglichst günstigen hygienischen Zustand aller zu ihrer Abteilung gehörenden Räumlichkeiten, sie sorgen für die Sicherheit der Pfleglinge und der Bediensteten, wachen auf ihren Abteilungen über die strenge Einhaltung der für die Anstalt festgesetzten Bestimmung der Feuerlöschordnung, bringen Übelstände in baulicher Beziehung zur Kenntnis der Direktion und beantragen derselben notwendige bauliche Veränderungen oder Reparaturen.

Einen der Primarärzte bestellt der niederösterr. Landes-Ausschuß zum Direktor-Stellvertreter. Dieser übernimmt im Falle der Vertretung des Direktors alle Rechte und Pflichten desselben und auch dessen Verantwortlichkeit, ist jedoch verhalten, im Interesse einer einheitlichen und konsequenten Leitung namentlich in Fragen von prinzipieller Bedeutung sich an die Intentionen des Direktors zu halten. Im übrigen hat der Direktor-Stellvertreter noch die Pflicht, den Direktor nach dessen speziellen Weisungen in Bezug auf die letzterem obliegenden schriftlichen Arbeiten (Korrespondenzen, wissenschaftliche und statistische Berichte, Führung der Protokolle), besonders aber in der Kontrolle der den übrigen Anstaltsärzten obliegenden schriftlichen Arbeiten zu unterstützen.

Die ordinierenden Ärzte in der Pflegeanstalt sind dem mit der unmittelbaren Leitung dieser Anstalt be-

trauten Primararzt beigegeben, ihm dienstlich unterordnet und zu seiner Unterstützung bei Erfüllung seiner Aufgaben berufen. Jede Abteilung der Pflegeanstalt hat einen ordinierenden Arzt und einen Subalternarzt. Beide alternieren im Dienst auf dieser Abteilung. Leitet der Primararzt nicht persönlich die Visite auf einer Abteilung, so leitet sie der betreffende ordinierende Arzt, doch hat er von den von ihm getroffenen Verfügungen nachträglich dem Primararzt Meldung zu erstatten. So lange der Primararzt der Pflegeanstalt von diesen Verfügungen nicht Kenntnis genommen und sie genehmigt hat, fällt die Verantwortung für dieselben dem betreffenden ordinierenden Arzt zu. Im Übrigen unterscheidet sich der Wirkungskreis der ordinierenden Ärzte nicht von denen der Subalternärzte.

Der ordinierende Arzt des Sanatoriums ist dem mit der Leitung desselben betrauten Primararzt beigegeben und ihm dienstlich unmittelbar unterordnet. Er alterniert im Dienste mit den beiden dem Sanatorium zugeteilten Subalternärzten im Sinne der im späteren angeführten Diensteinteilung. Im Falle der Beurlaubung oder Dienstesverhinderung des Primararztes des Sanatoriums vertritt denselben in der Regel der dem Sanatorium zugeteilte ordinierende Arzt.

Die Subalternärzte — als solche gelten die den Primarärzten zugeteilten Sekundarärzte und die Assistenzärzte — haben die dauernde Verpflichtung, den ihnen unmittelbar vorgesetzten Abteilungsvorstand in allen ärztlichen und sanitären Angelegenheiten sorgsamst zu unterstützen. Sie alternieren auf jener Abteilung, der sie zur Dienstleistung zugewiesen sind, in der durch die Diensttabelle bestimmten Reihenfolge im Dienste, der um acht Uhr morgens beginnt und 24 Stunden währt. Während dieser Zeit darf der diensthabende Arzt die Anstalt nicht verlassen.

Die Subalternärzte alternieren, abgesehen vom Journaldienst, auch im sogenannten Hauptdienst, deren einer für das Sanatorium, ein zweiter für die Heil- und Pflegeanstalt festgesetzt ist und zwar in der Weise, daß die dem Sanatorium zugeteilten Subalternärzte abwechselnd den Hauptdienst in diesem, die der Heil- und Pflegeanstalt zugeteilten abwechselnd den Hauptdienst in der Heil- und Pflegeanstalt besorgen. Auch der Hauptdienst beginnt um acht Uhr morgens und dauert 24 Stunden. Die Diensteinteilung ist in solcher Weise vorgenommen, daß der Hauptdienst mit dem Journaldienst zusammenfällt.

Der mit dem Hauptdienst betraute Arzt hat bei den Aufnahmen zu intervenieren, zu den festgesetzten Ausspeisezeiten die Speisen und das Gebäck zu prüfen und den Befund in das in der Küche aufliegende Kostprotokoll einzutragen.

Im übrigen sind die Subalternärzte verpflichtet, über Auftrag und unter Verantwortlichkeit ihres Primararztes diesen in der Führung der ärztlichen Korrespondenz, Führung der Abteilungsberichte und Verfassung statistischer und anderer wissenschaftlicher Abteilungsarbeiten zu unterstützen.

Die Subalternärzte nehmen täglich an der um acht Uhr morgens auf jeder Abteilung unter Vorsitz des Primararztes stattfindenden Konferenz und an der sich anschließenden Hauptvisite teil. Sie sind verpflichtet, die ihnen zugewiesenen Krankengeschichten so anzulegen und zu führen, daß jede derselben ein vollständiges Bild des Verlaufes der Psychose und im Falle körperlicher Veränderungen auch ein getreues Bild des Verlaufes dieser gibt und eventuell zu wissenschaftlicher Verwendung dienen kann.

Bei den Obduktionen ist derjenige Arzt der Schriftführer, der die betreffende Krankengeschichte geführt hat.

Die Subalternärzte halten nach der Weisung des Direktors die Instruktions- und Wiederholungskurse für das Pflegepersonal.

Zur Versehung nachstehend angeführter Obliegenheiten ist ein eigener Arzt bestellt, der dem Direktor unmittelbar unterstellt ist und den Titel „Wirtschaftsarzt“ führt.

Dem Wirtschaftsarzte obliegt:

1. Die Überwachung der Pfleglingsbeschäftigung im Freien und in den Werkstätten, in der Wäscherei, in der Küche, in den Stallungen, im Gewächshaus, im Bad, in den Administrationsgebäuden, kurz die Überwachung der ganzen Pfleglingsbeschäftigung außerhalb der Abteilungen.

2. Nach den Weisungen des Direktors die Veranstaltung von gemeinsamen Unterhaltungen und Zerstreuungen der Pfleglinge außerhalb der Abteilungen und die Anordnung und Überwachung des Pflegedienstes gelegentlich solcher Vergnügungen.

3. Die Unterstützung des Direktors in allen schriftlichen Arbeiten, welche in den Wirkungskreis des Direktors fallen.

4. Die ärztliche Behandlung der erkrankten niederen Bediensteten und der Familienmitglieder derselben.

5. Im Vertretungsfalle die Versehung des Hausdienstes in der Heil- und Pflegeanstalt.

Wenn es die dienstlichen Verhältnisse erforderlich machen, kann der Wirtschaftsarzt auch zu subalternärztlichen Dienstleistungen auf anderen Abteilungen herangezogen werden. Die Art und das Ausmaß

dieser Dienste werden vom Direktor festgesetzt. In solchen Fällen gelten für den Wirtschaftsarzt die Bestimmungen der Dienstesanweisungen für die Subalternärzte und ist demgemäß der Wirtschaftsarzt im Falle seiner Verwendung als subalterner Arzt einer Abteilung auch dem betreffenden Primararzt unterstellt.

Mit der Führung des Prosekturdienstes, der sich auf die Vornahme der Obduktionen von in den niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke Verstorbenen, und auf die histologischen, bakteriologischen und mikroskopischen Untersuchungen der von Kranken stammenden Präparate und Objekte erstreckt, ist ein Prosektor betraut, den das k. k. pathologisch-anatomische Univ.-Institut in Wien auf Grund eines von der Direktion mit Genehmigung des Landesausschusses abzuschließenden Vertrages bestellt. Der Prosektor ist für die Erfüllung oben angeführter Dienstesobliegenheiten der Anstalts-Direktion verantwortlich.

Der ärztliche Dienst in den Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke „am Steinhof" in Wien wird sonach von einem Direktor, vier Primarärzten, drei ordinierenden Ärzten, dem Wirtschaftsarzte und zehn Sekundar- resp. Assistenzärzten versehen. Für die Vornahme der Obduktionen ist, wie eben bemerkt, ein eigener Prosektor bestellt.

Die Verteilung der angeführten Ärzte auf den einzelnen Abteilungen geschieht in folgender Weise:

1. Heilanstalt
   a) Männerabteilung: 1 Primararzt, 3 Sekundar- resp. Assistenzärzte,
   b) Frauenabteilung: 1 Primararzt, 3 Sekundar- resp. Assistenzärzte.
2. Pflegeanstalt
   a) Männerabteilung: 1 ordinier. Arzt, 1 Sekundar- resp. Assistenzarzt,
   b) Frauenabteilung: 1 ordinier. Arzt, 1 Sekundar- resp. Assistenzarzt.

   Beiden Abteilungen, also der ganzen Pflegeanstalt steht ein Primararzt vor.
3. Sanatorium: 1 Primararzt, 1 ordinier. Arzt, 2 Sekundar- resp. Assistenzärzte.

Nachdem oben der Wirkungskreis der einzelnen ärztlichen Funktionäre in seinen wesentlichsten Zügen skizziert wurde, soll nun in gedrängtester Kürze besprochen werden, auf welche Weise der ärztliche Abteilungsdienst sich abspielt.

1. Dienst in der Heilanstalt. Männerabteilung. 470 Kranke.

Der Primararzt macht mit den ihm zugewiesenen drei Sekundar- resp. Assistenzärzten täglich zuerst die Morgenvisite im Pavillon für die Aufnahmen. Jeder neuaufgenommene Kranke wird von dem Primararzt persönlich oder unter seiner persönlichen Aufsicht und Leitung von einem der Subalternärzte gelegentlich der der Aufnahme folgenden Visite in Bezug auf seinen körperlichen und geistigen Zustand untersucht, der Befund wird sofort von dem mit der Führung der Krankengeschichte betrauten Arzt in die letztere eingetragen. Sobald der Kranke untersucht ist, wird seine Transferierung auf den seinem Zustand entsprechenden Pavillon der Heilanstalt durch den Primararzt verfügt. Erscheint die Versetzung des Kranken auf einen Pavillon der Pflegeanstalt angezeigt, so beantragt der Primararzt die Versetzung dem Direktor, der die letztere verfügt.

Die Krankengeschichten sind in drei Teile geteilt von A bis inklusive H, von I bis inklusive P, von Q bis inklusive Z in der Weise zu führen, daß jeder der drei Subalternärzte einen der drei Teile zu übernehmen hat.

Täglich hat einer der drei Subalternärzte Journaldienst. Der letztere geht der Reihe nach von einem auf den andern der drei Ärzte und dauert von 8 Uhr morgens bis 8 Uhr morgens. Der mit dem Journaldienst betraute Arzt hat zu den den Besuchsstunden vorbehaltenen Zeiten (an Wochentagen von 2 bis 4 Uhr, an Sonn- und Feiertagen von 1 bis 5 Uhr nachmittags) im Konferenzzimmer zu verweilen, die Besuchskarten auszustellen, Auskünfte über das Befinden von Kranken zu erteilen, bei eventuellen Aufnahmen zu intervenieren, zu den regelmäßigen Mahlzeiten in der Küche die Speisen zu kosten, um 4 Uhr nachmittags die Abendvisite zu beginnen, welche sich auf sämtliche Pavillons zu erstrecken hat, und, falls eine ärztliche Intervention auf der Abteilung sich notwendig erweist, sofort dem Rufe Folge zu leisten.

Der Primararzt ist verhalten, täglich mit Ausnahme der Sonn- und Feiertage während der den Besuchsstunden der Kranken eingeräumten Zeit (von 2 bis 4 Uhr nachmittags) in seinem Dienstraum zur Erteilung von Auskünften und Gewährung von Sprechkarten anwesend zu sein.

In analoger Weise vollzieht sich der ärztliche Dienst auf der Frauenabteilung der Heilanstalt (400 Kranke).

2. Dienst in der Pflegeanstalt. 800 Kranke.

Der ärztliche Dienst in der Pflegeanstalt (974 Kranke, erstreckt sich (vide Plan-Skizze) auf die Pavillons 16, 18, 20, 24 der Männerseite, auf die Pavillons 13, 15, 17, 21 der Frauenseite, auf die

Pavillons für Tuberkulöse und infektiös Erkrankte 19 und 22, auf den Pavillon für gewalttätige Kranke 23, auf die im Wirtschaftswohnhaus und im Pavillon für Bad und Desinfektion untergebrachten Kranken.

Der Männerabteilung ist ein ordinierender Arzt und ein Subalternarzt, ebenso der Frauenabteilung ein ordinierender Arzt und ein Subalternarzt zugeteilt. Zur Männerabteilung gehören der Pavillon 22 für Tuberkulöse und infektiös Erkrankte, Pavillon 23 für gewalttätige Kranke und das Wirtschaftshaus, zur Frauenabteilung gehören der Pavillon 19 für Tuberkulöse und infektiös Erkrankte und der Pavillon für Bad und Desinfektion.

Der Primararzt macht die tägliche Frühvisite alternierend, einen Tag auf der Männerabteilung und den dazu gehörigen Pavillons, den anderen Tag auf der Frauenabteilung mit den dazu gehörenden Pavillons und zwar immer gemeinsam mit den zur betreffenden Abteilung gehörenden Ärzten. Auf jener Abteilung, welche die regelmäßige Visite des Primararztes nicht trifft, absolviert der der Abteilung zugeteilte ordinierende Arzt die Frühvisite mit dem Subalternarzt.

Im Pavillon für Tuberkulöse und infektiös Erkrankte wird die Visite zuletzt gemacht.

Die Krankengeschichten werden von den ordinierenden Ärzten und den Subalternärzten geführt. Auf jeder Abteilung der Pflegeanstalt sind die Krankengeschichten in zwei Gruppen geteilt, deren eine die Buchstaben A bis inklusive L, die andere die Buchstaben M bis inklusive Z enthält. Die erste Gruppe führt auf jeder Abteilung der ordinierende Arzt, die letzte der Subalternarzt.

Der Pflegeanstalt direkt zuwachsende Kranke werden gelegentlich der der Aufnahme folgenden nächsten Visite des Primararztes von ihm selbst oder unter seiner Aufsicht von dem die Krankengeschichte führenden Arzt in Bezug auf ihren körperlichen und geistigen Zustand untersucht und das Untersuchungsergebnis wird von dem zur Führung der Krankengeschichte verhaltenen Arzt sofort in diese eingetragen.

Bei Versetzung eines Pfleglings aus der Heilanstalt in die Pflegeanstalt wird nach erfolgter Genehmigung der Versetzung seitens der Direktion die Krankengeschichte abgeschlossen und gleichzeitig mit dem Kranken der Pflegeanstalt übergeben.

Auf jeder Abteilung der Pflegeanstalt alterniert der ordinierende Arzt mit dem Subalternarzt im Inspektionsdienst, der von 8 Uhr morgens bis 8 Uhr morgens dauert. Der Inspektionsarzt hat jedem eventuellen Ruf auf die Abteilung Folge zu leisten, bei etwaigen direkten Aufnahmen auf die Pflegeabteilung zu intervenieren, zu den den Besuchsstunden vorbehaltenen Zeiten im Konferenzzimmer der Pflegeanstalt zu verweilen, um die Besuchskarten auszustellen und Auskünfte zu erteilen und um 4 Uhr (an Sonn- und Feiertagen um 5 Uhr) nachmittags die Abendvisite zu beginnen, welche sich auf sämtliche oben angeführte Pavillons einer Abteilung zu erstrecken hat. Auch die Abendvisite wird im Pavillon für Tuberkulöse und infektiös Erkrankte zuletzt gemacht.

Der Primararzt der Pflegeanstalten ist verhalten, täglich mit Ausnahme der Sonn- und Feiertage zur Zeit der Besuchsstunden (von 2 bis 4 Uhr nachmittags) in seinem Dienstraum zur Erteilung von Auskünften und Gewährung von Sprechkarten anwesend zu sein.

3. Der Dienst im Sanatorium (bei vollem Belag 356 Kranke) erstreckt sich auf die Pavillons 25 bis 34 und auf das Kurhaus. Der Dienst im letzteren wird durch je einen Monat abwechselnd von einem der drei dem Sanatorium zugewiesenen Ärzte versehen. Diese drei Ärzte alternieren in der Weise im Dienste, daß jeden Monat der Abteilungsdienst von zwei Ärzten, der Dienst im Kurhaus von einem Arzte versehen wird. Letzterer ist für diesen Monat von jedem Abteilungsdienst enthoben, doch hat er sich täglich an der ärztlichen Konferenz zu beteiligen, die Rapportbücher zu lesen und die ärztlichen Weisungen des Primararztes entgegenzunehmen.

Der mit dem Dienste im Kurhaus betraute Arzt hat dort alle jene mechano-, hydro- und elektrotherapeutischen Maßnahmen durchzuführen, welche der Primararzt oder in dessen Vertretung die Ärzte des Sanatoriums verordnen.

Im Übrigen wird der ärztliche Dienst im Sanatorium in ähnlicher Weise versehen, wie in der Heil- und Pflegeanstalt. Die Morgenvisite geht unter der Führung des Primararztes vor sich und nimmt ihren Beginn in einem der der Aufnahme dienenden Pavillons. Jeder neu aufgenommene Kranke wird spätestens an dem der Aufnahme folgenden Tage von dem Primararzt persönlich oder unter seiner persönlichen Aufsicht und Leitung von dem der betreffenden Abteilung zugeteilten Subalternarzt in Bezug auf seinen körperlichen und geistigen Zustand untersucht, der Befund wird sofort von dem mit der Führung der Krankengeschichte betrauten Arzt in diese eingetragen. Sobald die Untersuchung vorgenommen ist, entscheidet der Primararzt über die Zuweisung des Pensionärs auf den seinem Zustand entsprechenden Pavillon des Sanatoriums.

Von den Pavillons für die Aufnahmen, woselbst beide Ärzte den Primararzt zu begleiten haben, setzt ersterer die Visite in Begleitung der Ärzte fort. Der Primararzt ist jedoch eventuell berechtigt, falls die Aufnahmen längere Zeit in Anspruch genommen haben, die Visite zu teilen, indem er seinen Besuch lediglich auf die Männer- oder auf die Frauenabteilung beschränkt, wobei ihn der Arzt der betreffenden Abteilung begleitet, während der der anderen Abteilung zugeteilte Arzt die Visite auf dieser Abteilung allein absolviert.

Ein Abteilungsarzt führt die Krankengeschichten der Männerabteilung, der andere jene der Frauenabteilung.

Täglich hat einer der beiden Abteilungsärzte von 8 Uhr morgens bis 8 Uhr morgens den Inspektionsdienst im Sanatorium zu versehen. Dieser Arzt hat jedem eventuellen Ruf zu einem der Pensionäre Folge zu leisten, bei Aufnahmen ins Sanatorium zu intervenieren, zu den festgesetzten Ausspeisezeiten die für die Pensionäre bestimmten Speisen zu prüfen, zu den den Besuchsstunden vorbehaltenen Zeiten im Konferenzzimmer zu verweilen zwecks Ausstellung von Besuchskarten und Erteilung von Auskünften. Er hat um 4 Uhr nachmittags (an Sonn- und Feiertagen um 5 Uhr) die Nachmittagsvisite zu beginnen, welche sich auf sämtliche Pavillons des Pensionats zu erstrecken hat.

Der Primararzt ist verhalten, täglich mit Ausnahme der Sonn- und Feiertage zur Zeit der Besuchsstunden (2 bis 4 Uhr) in seinem Dienstraum zur Erteilung von Auskünften und Gewährung von Sprechkarten anwesend zu sein.

Im Vorstehenden wurde der ärztliche Dienst nur in seinen Umrissen, doch immerhin so gezeichnet, daß daraus ein Einblick in die Organisation desselben gewonnen werden kann sowie in die Art, wie die möglichst individualisierende Behandlung der Kranken sichergestellt worden ist. Daß letztere Aufgabe der einzelnen bereits erfahrungsreichern Abteilungsärzte, nicht Sache des Direktors ist, leuchtet von selbst ein. Denn schon in einer Anstalt mit erheblich weniger als der halben Zahl der Insassen, wie sie die neue niederösterreichische Anstalt aufweist, verliert der Direktor leicht die Übersicht über die einzelnen Kranken, besonders wenn der Wechsel im Bestande ein lebhafter ist. Die Größe der Gesamt-Anstalt verlangte einen erweiterten und möglichst selbständigen Wirkungskreis der Abteilungsvorstände, wodurch anerkanntermaßen auch die Arbeitsfreudigkeit letzterer wesentlich erhöht wird. Dieses Ziel mußte erreicht werden ohne Schädigung der Autorität des Direktors und ohne Schmälerung seiner Funktion als Chefarzt der Anstalten. Wie diese Aufgabe Lösung fand, wurde hier in gedrängtester Kürze skizziert.

Die Administration der n.-ö. Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke „am Steinhof“ in Wien.

Von Oberverwalter *Franz Roskopf.*

Nach den Statuten für diese Anstalten steht die unmittelbare Besorgung der administrativen Angelegenheiten dem ersten Verwaltungsbeamten (Oberverwalter) zu.

Diese Angelegenheiten sind:

Die Kassaführung, das gesamte Verrechnungswesen einschließlich der Amtshandlungen und Korrespondenzen zur Einbringung und Evidenzhaltung der Verpflegsgebühren, die Beschaffung der Kost und der Materialien, der Wirtschafts- und Werkstättenbetrieb, die Erhaltung der Gebäude, der Beheizungs-, Beleuchtungs-, Wasserleitungs-, Kanalisations- und Bade-Anlagen, der Gärten, Straßen und Wege, sowie des gesamten Inventars in einem ordnungsmäßigen Zustande, die Durchführung der Krankentransporte und der Bestattung verstorbener Kranker.

Insoferne derlei Angelegenheiten nicht rein vermögensrechtlicher Natur sind, tragen für dieselben nach Maßgabe der bezüglichen Dienstvorschriften, der Direktor und der erste Verwaltungsbeamte gemeinschaftlich die Verantwortung, doch hat der Oberverwalter den Verfügungen des Direktors, als des Leiters der Anstalt, innerhalb des Voranschlages Folge zu leisten. Für die rein vermögensrechtlichen Angelegenheiten und zwar: die Kassaführung, das gesamte Verrechnungswesen und die Einbringung und Evidenzhaltung der Verpflegskosten ist der erste Verwaltungsbeamte allein verantwortlich.

Dem Oberverwalter sind zur Bewältigung der administrativen Agenden beigegeben beziehungsweise unterstellt: 16 Rechnungsbeamte, 1 technischer Beamter, 6 Kanzlei-Beamte und 2 Hilfsbeamte, das

administrative Hilfspersonal (Wäschebesorgerin, Obergärtner, Küchenchef, Ober-Maschinist, Ober-Elektriker und Hausaufseher), 2 Pförtner, ferner die technischen Arbeiter (1 Maschinist, 2 geprüfte Kesselheizer und Maschinenwärter und 2 Monteure), weiters die Professionisten — Hausdiener, (1 Hausschlosser, 1 Haustischler, 1 Hausanstreicher, 1 Hausmaurer, 2 Hilfswäscher, 1 Straßenvorarbeiter, 1 Gärtner, 1 Tapezierer), endlich 11 Hausdiener für den Kanzlei-, den Kirchen- und Kapellen-, den Brückenwage-Dienst, das Leichenabtragen, den Material- und Kohlen-Dienst, die Feuer- und Nachtwache und die Substitutionen, 2 Zuschneiderinnen, welche zur Unterstützung der Wäschebesorgerin fungieren, und 2 Laufburschen, die den Laufdienst besorgen.

Nächst diesen Bediensteten ist ein sogenanntes stabiles Tagelöhner-Personal systemisiert und zwar: 14 Heizer zur Bedienung von 40 Heizobjekten, 2 Gärtnergehilfen, 6 Gärtnerei-Taglöhner für Parkerhaltung, Tagwache, Gemüsebau usw., eine Taglöhnerin als Handlangerin für Maurer und Anstreicher, 8 Näherinnen und Näherei-Magazins-Arbeiterinnen und endlich 3 Telephonistinnen (zur Besorgung des inneren Telephondienstes der Anstalt).

Der Kanzlei-Dienst wird von einem Kanzleileiter besorgt, welcher den gesamten Einlauf übernimmt, eröffnet und nach den bestehenden Vorschriften den kompetenten Organen vorlegt.

In diesem Expedite werden Pfleglinge zur Unterstützung des Kanzleileiters verwendet.

Die Zahl der einlaufenden Aktenstücke wird zirka 20000 betragen, welchen 30000 bis 35000 Ausfertigungen gegenüberstehen werden.

In Berücksichtigung des Voranschlages für die Landes-Anstalten am Steinhof, welcher eine Jahres-Ausgabe von zirka $2^1/_2$ Millionen Kronen, demgemäß einen Geldumsatz von 5 Millionen Kronen ausweist, wird die Kassegebarung diesfalls eine sehr beträchtliche Leistung zu vollziehen haben, die nur durch einen Kassierer, dem ein Journalist zur Seite steht zu besorgen ist.

Die rechnungsmäßige Behandlung und buchmäßige Durchführung dieses enormen Jahresumsatzes wird Aufgabe von zwei Liquidatoren sein.

Das administrative Ressort für Krankenaufnahme, Zuständigkeitserhebungen und Verpflegskosteneinbringung dürfte gleichfalls eine sehr bemerkenswerte Arbeit zu bewältigen haben, da angenommen werden kann, daß zirka 2000 Neuaufnahmen im Jahre stattfinden werden, deren Personalverhältnisse der Zahlungsleistung wegen in genauester Weise sicherzustellen sind.

Über die statutenmäßig zu berichtigenden oder zur Abschreibung bewilligten Verpflegskosten wird von den Beamten dieses Ressorts je ein eigenes Katasterblatt für jeden Kranken nach den vorgeschriebenen Formularen geführt.

Zur Evidenzhaltung der Kranken und sonstigen Anstalts-Insassen wird in den Anstalten am Steinhof ein eigens hierfür geschaffenes Evidenz-Bureau fungieren.

Diese Evidenzhaltung erfolgt durch Schleifenbücher, welche

I. über die Kranken der Heilanstalt, der Pflegeanstalt und des Sanatoriums,

II. über nach Nieder-Österreich,

III. über nach den einzelnen Kronländern und dem Auslande zuständige Kranke und

IV. über alle Hausparteien und Funktionäre der Anstalt (Ärzte, Beamte, Hilfspersonale, Pfleger und Diener) geführt werden.

Das Evidenz-Bureau ist eine vollständig neue Einrichtung und obliegt demselben auch die Auskunft und die Führung aller statistischen Arbeiten.

Die Kost für die Pfleglinge und die bezugsberechtigten Funktionäre und Bediensteten der Anstalt wird in zwei Küchen und zwar einer für Heil- und Pflegeanstalt und einer für das Sanatorium zubereitet.

Die Küche für Heil- und Pflegeanstalt wird zirka 2500, die Küche für das Sanatorium zirka 500 Personen zu verköstigen haben.

Ganz bedeutende Quantitäten sind es, die diese Verköstigung erfordern wird.

Nach approximativer Schätzung wird im ersten Betriebsjahre hierzu nötig sein:

2000 Mtr. Ztr. Rindfleisch, 280 Mtr. Ztr. Kalbfleisch und ebensoviel Schweinefleisch, zirka 12500 kg Schinken, bei 3000 kg Hirschfleisch, bei 3000 Stück Wild, bei 4000 Stück Hausgeflügel, zirka 20000 kg animalisches Fett und zirka 23000 kg vegetabilisches Fett, ungefähr 30000 kg Innerei und Wurstwaren, 650000 Liter Vollmilch, zirka 25000 Liter Milchprodukte, 5000 kg Butter, eine halbe Million Stück Eier, 50000 kg Mehl, 9000 kg Gries, 17000 kg Reis, 24000 kg Suppenmehlspeisen, 15000 kg Hülsenfrüchte usw.

Zur Kaffeebereitung werden notwendig sein 5300 kg Bohnenkaffee, 11000 kg Malzkaffee, 5000 kg Feigenkaffee.

An Zucker werden zirka 35000 kg benötigt werden.

Ebenso bedeutend sind die Summen der übrigen Viktualien, der grünen und eingesäuerten Gemüse,

(160000 kg), des Suppen-Grünzeuges, der Kartoffel (90000 kg), des Obstes, der Fruchtsäfte usw.

An Gebäck dürfte erforderlich sein: 170000 kg Brot, 1 Million Stück Kaisersemmeln, 1240000 Stück Mundsemmeln usw.

Eine gleich beträchtliche Leistung wird die Materialgebahrung zu bewältigen haben.

Das erste Jahrerfordernis dürfte diesbezüglich für die größeren Artikel und zwar Kleidungstoffe (Schafwollzwirnstoffe ev. Barchente), Bettzeuge, Leinwande und Chiffons, ungebleichte Leinwandsorten, farbige Baumwollstoffe, Kautschuk-Bettstoffe, Bettdecken, Tapeziererstoffe, Näh- und Strickartikel, Roßhaar, Holzwolle und Bettfedern, Leder, Alpakka, Nickel- und Aluminium-Geräte, Eisen- und Blechgeschirre, Porzellan-Geschirre, Glas-Geschirre, Bürstenbinderwaren, Holzwaren, Teppiche und Vorhänge, Korbflechterarbeiten, Kämme, Reinigungsartikel, Beleuchtungsmaterialien, Tischlerholz usw. eine Ausgabesumme von zirka 150000 Kronen in Anspruch nehmen.

An die Anstalts-Wäscherei werden gleichfalls sehr erhebliche Anforderungen gestellt werden.

Nach annähernder Schätzung wird es im ersten Betriebsjahre notwendig sein, $2^1/_2$ Millionen Stück daselbst zu reinigen.

Die Heizung der Wäscherei erfolgt vom Kesselhaus aus als Fernheizung.

Im Wäscherei-Gebäude selbst befinden sich nächst den Einrichtungen für Wäsche-Reinigung (Einweich-Gränden, Waschmaschinen, Dampfmangeln, Kalandern, Schüttelmaschinen und Trocknen-Koulissen) auch solche für Büglerei, Glätterei, Fältelei und Kräuselei der Wäsche.

Das Flicken und sonstige Ausbessern der defekten Wäschestücke erfolgt in einem eigenen Abteil des Wäscherei-Gebäudes (dem Nähzimmer) durch Kranke.

Im ersten Stocke dieses Gebäudes befinden sich Wäsche-Magazine von erheblicher Ausdehnung, welche es ermöglichen, den Hauptvorrat für Kleidung, Bettzeug und Wäsche im Wäscherei-Gebäude selbst unterzubringen.

Hierdurch wird die Manipulation mit diesen Gebrauchsartikeln und die Verrechnung derselben eine sehr einfache und erfolgt die Ergänzung der gebrauchten Wäsche auf den Abteilungen nur durch Austausch.

Jene Zahl von Wäschestücken nämlich, welche bei einem Schalter im gebrauchten beziehungsweise verunreinigten Zustande abgegeben werden, wird vom Pflegepersonal beim nächsten Schalter an gereinigter Wäsche sofort wieder in Empfang genommen.

Die Beheizung der Anstalten wird mit Rücksicht auf die exponierte Lage derselben (welche jedoch aus hygienischen Rücksichten unbedingt zu wählen war), nicht unbedeutende Opfer fordern.

Für den ersten Jahresbedarf wurden bereits 370 Waggons Ia preußische Salonkohle und 442 Waggons Koks bestellt, beziehungsweise zum Teile eingelagert.

Die Kohle dient zur Feuerung des Kesselhauses, von welchem aus die Küche, die Wäscherei und acht Pavillons beheizt werden, Koks wird zur Feuerung der Kranken-Pavillons verwendet, deren jeder seine eigene Zentral-Kesselanlage besitzt.

Für die Beleuchtung der Anstalten (sowohl durch elektrisches wie durch Graetzin-Gaslicht) wurde eine Jahres-Ausgabe von 100000 Kr. im Voranschlag angenommen.

Im Werkstättenhause sind eine Anzahl von Werkstätten (Schlosserei, Tischlerei, Buchbinderei, Buchdruckerei, Laubsägerei, Schusterei, Schneiderei, Spenglerei, Glaserei, für Elektriker usw.) untergebracht, einerseits um jedem der Pfleglinge die Beschäftigung in seiner erlernten Profession zu ermöglichen, andererseits um kleinere notwendige Professionistenarbeiten in eigener Regie herstellen zu können.

Die Arbeiten der Pfleglinge werden lediglich vom Direktor verfügt und stehen die beschäftigten Kranken unter der besonderen Aufsicht eines Wirtschaftsarztes.

Die Erhaltung der Gebäude dürfte im ersten Betriebsjahre, mit Rücksicht auf die Neuanlagen der Anstalt keine nennenswerten Summen fordern und die diesfällige Auslage sich nur auf beim Baue nicht vorhergesehene Herstellungen erstrecken.

Die gärtnerischen Anlagen der Anstalt haben eine gewaltige Ausdehnung; diese Anlagen wurden vorläufig bepflanzt mit:

12000 Stück Bäumen aller Art,
32000 „ Sträuchern,
2800 „ Coniferen und
85000 „ 1—3jährigen Fichten.

Zur Herstellung der Blumen- und Zieranlagen wurden 150000 Stück Perennen-, Stauden-, Teppich- und diverse andere blühende Pflanzen verwendet und zur Besäung der Wiesenflächen 3500 kg Grassamen verbraucht.

Im nordwestlichen durch die Anstaltsmauer geschützten Teile des Parkes besteht bereits eine Anlage von 600 Obstbäumen (Kirschen, Pflaumen, Aprikosen und Pfirsiche).

Zur Beherbergung und Kultur der Palmen und anderer Dekorationspflanzen sind vier Gewächshäuser je 20 Meter lang und fünf beziehungsweise acht

Meter breit, vorhanden, deren Temperatur durch die Fernheizung geregelt wird.

Es ist in Aussicht genommen, die Anstalten in reichlichster Weise auch im Innern der Pavillons mit Pflanzen und Blumenschmuck zu versehen. — Im Kur- und Gesellschaftshaus, in der Kirche, in den Krankensalons und Spielzimmern, kurz wo immer dies möglich ist, stehen Blumentische bereit, um durch ihren künftigen Inhalt das Auge der Kranken zu erfreuen.

Zur Sommerszeit werden dekorative Blumen- und Pflanzenanlagen die Krankengärten und jene Balkons der Pavillons schmücken, welche lediglich für diese Zier angebracht sind.

Schätzungsweise dürften zur Herstellung dieses Anstaltsschmuckes jährlich eine halbe Million Pflanzen heranzuziehen sein.

Auch ist im Hinblick auf die weiten, innerhalb der Anstaltsumfriedigung liegenden Gärten- und Wiesenflächen geplant, den Bedarf der Anstaltsküche an Obst, groben Gemüsen, Kohl, Kartoffeln, Rüben, Kraut, Viehfutter, kurz an allen Naturalien beziehungsweise Zerealien nach Möglichkeit durch die Erträgnisse der eigenen Wirtschaft zu decken, soweit die Bodenbeschaffenheit und die vorhandenen Mittel dies gestatten.

Namentlich wird Spargelzucht im größeren Stile betrieben, ein Weingarten zum Zwecke der Gewinnung von Tafel- und Einsiedeobst angelegt und in einem kleinen Einschnitte des oberen Anstaltsparkes eine Forellenzucht installiert werden.

Die Setzlinge für eine an der Anstaltsmauer zu ziehende zirka zwei Kilometer lange Weinhecke gedeihen bereits in bester Weise.

Ein solch rationeller Betrieb der Gärtnerei und Landwirtschaft wird nicht nur die Erträgnisse der Anstalten in ganz erheblicher Weise vermehren und dadurch das Budget entlasten, er wird zum Hauptzwecke haben, das Los der Kranken durch den Segen der Arbeit zu verschönern und den Ernst ihres Aufenthaltes zu mildern, wenn nicht zu verwischen.

Die Wasserversorgung der Anstalten erfolgt durch die Hochquellenleitung auf Grund der diesfalls mit der Gemeinde Wien getroffenen Vereinbarungen.

Die Beerdigung der in den Anstalten verstorbenen Geisteskranken wird am Wiener Zentralfriedhof vorgenommen.

Anhang.

Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten der klinischen und Abteilungsärzte, welche an der n.-ö. Landesirrenanstalt in Wien in der Zeit von 1853 bis 1907 tätig gewesen sind.

a) Klinik.

(Publikationen von Autoren, die an der Klinik tätig waren, sind nur insofern hier aufgenommen, als die betreffenden Arbeiten aus der Klinik selbst hervorgegangen sind.)

I. Professoren der Klinik.

Meynert, Theodor, Dr.: Hofrat, K. K. o.-ö. Professor, † 1892.

1. Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wr. med. Presse. 1870.
2. Beiträge zur Theorie der maniakalischen Bewegungserscheinungen nach dem Gange und Sitze ihres Zustandekommens. Archiv f. Psychiatrie II. 1870.
3. Über Unterschiede im Gehirn des Menschen u. der Säugetiere. Mitteilung der Wr. anthropologisch. Gesellschaft, 1870.
4. Vom Gehirn d. Säugetiere. In Strickers „Gewebelehre“, Wien, 1870.
5. Beiträge zur Differentialdiagnose d. paralytischen Irreseins. Wr. med. Presse, 1871.
6. Zwei Fälle von Mania sine delirio. Wr. allgem. med. Zeitung, 1871.
7. Über die Beziehungen zwischen Epilepsie und Manie. Wr. allgem. med. Zeitung, 1875.
8. Eine Diagnose auf Sehhügelerkrankung. Med. Jahrbücher, II. Heft, 1872.
9. Skizze des menschlichen Hirnstammes nach seiner Außenform u. seinem inneren Bau. Archiv f. Psychiatrie. V. Bd., 1873.
10. Gutachten aus dem Gebiete der forensischen Psychologie. Allgem. Wr. med. Zeitung, 1873.
11. Mechanik des Gehirns. Wien, 1874. Verlag W. Braumüller.
12. Mord, durch einen Verrückten begangen. Fakultätsgutachten. Psychiatr. Zentralblatt, 1875.
13. Gutachten der Wiener med. Fakultät über einen Fall von Brandlegung. Psychiatrisches Zentralblatt, 1875.

Leidesdorf, Max, Dr.: k. k. o.-ö. Professor, † 1889.

14. Über epileptische Geistesstörung. Wiener med. Jahrbücher, 1875.
15. Die Morphiumsucht. Wr. med. Wochenschrift, 1876.

16. Allgemeines und Statistisches. Psychiatrische Studien. Wien, 1877.
17. Casuistische Beiträge zur Frage der primären Verrücktheit. Psychiatrische Studien. Wien, 1877.
18. Klinischer Beitrag zur paralytischen Geistesstörung. Wr. med. Jahrbücher, 1878.
19. Über die Einteilung der Psychosen. Wr. med. Blätter, 1879.
20. Beitrag zur Formenlehre der Geisteskrankheiten. Wr. med. Wochenschrift, 1880.
21. Das Traumleben. Wien, 1880. Verlag von Alma mater.
22. Beitrag zur Kenntnis der Epilepsie. Wr. med. Wochenschrift, 1881.
23. Hirndruck und Psychose in Folge prämaturer Synostose der Schädelnähte. Jahrbücher f. Psychiatrie. IV. Bd., 1883, pag. 169.
24. Gutachten des obersten Sanitätsrates über die Errichtung von Trinkerasylen mit zwangsweiser Internierung von Trunksüchtigen. Das österr. Sanitätswesen. 1889.

v. Krafft-Ebing, Richard, Freih., Dr.: Hofrat, k. k. o.-ö. Professor, † 1902.

25. Die Entwicklung und Bedeutung der Psychiatrie als klin. Wissenschaft. Wr. klin. Wochenschrift, 1889.
26. Eine Diagnose auf Tumor in der Großhirnschenkel-Haubenbahn. Wr. klin. Wochenschrift 1889.
27. Zur Kenntnis der primären Rückenmarksblutung. (Hämatomyelie). Wiener klin. Wochenschrift, 1889.
28. Gefährliche Drohung, Paranoia persecutoria. Gerichtsärztliches Gutachten. Friedreichs Blätter f. ger. Med., 1889.
29. Kindesmord, fraglicher Geisteszustand tempore criminis. Gerichtsärztliches Gutachten. Friedreichs Blätter f. ger. Med., 1889.
30. Belastung. Cocainismus. Zweifelhafte Berufsfähigkeit als Arzt. Gerichtsärztliches Gutachten. Friedreichs Blätter f. ger. Med., 1889.
31. Mord. Schwachsinn. Menstruales Irresein. Paranoia persecutoria. Gerichtsärztliches Gutachten. Friedreichs Blätter f. ger. Med., 1889.
32. Der klinische Unterricht in der Psychiatrie. Stuttgart, 1890.
33. Über Schlaflosigkeit und neuere Schlafmittel. Wr. klin. Wochenschrift, 1890.
34. Psychiatrie und Staatsexamen. Wr. klin. Wochenschrift, 1890.
35 Neue Forschungen auf dem Gebiete der Psychopathia sexualis. Stuttgart, Enke, 1890.
36. Gefährliche Bedrohung. Alcoholismus chronicus. Gerichtsärztliches Gutachten. Friedreichs Blätter f. ger. Med., 1890.
37. Mißhandlungen. Paranoia persecutoria e masturbatione. Gerichtsärztliches Gutachten. Friedreichs Blätter f. ger. Med., 1890.
38. Exzesse, begangen in krankhafter Bewußtlosigkeit. Gerichtsärztliches Gutachten. Friedreichs Blätter f. ger. Med., 1890.
39. Körperverletzung. Paranoia. Gerichtsärztliches Gutachten. Friedreichs Blätter f. ger. Med., 1890.
40. Zur Verwertung der Suggestivtherapie. Hypnose bei Psychosen und Neurosen. Wr. klin. Wochenschrift, 1891.
41. Über transitorisches Irresein auf neurasthenischer Grundlage. Wiener klin. Wochenschrift, 1891.
42. Zur konträren Sexualempfindung. Friedreichs Blätter f. ger. Med., 1891.
43. Über Eifersuchtswahn beim Manne. Jahrb. f. Psychiatrie, X. Bd., Heft 2—3, 1892.
44. Bemerkungen über geschlechtliche Hörigkeit u. Masochismus. Jahrbücher f. Psychiatrie, X. Bd., Heft 2—3, 1892.
45. Die Bedeutung der Menstruation f. das Zustandekommen geistig unfreier Zustände. Jahrbücher f. Psychiatrie, X, 1892.
46. Psychische Entartung. Mord und Selbstmordversuch. Gerichtsärztliches Gutachten. Friedreichs Blätter f. ger. Med., 1892.
47. Imbecillität-Epilepsie? Kindsmord. Gutachten der Wiener med. Fakultät. Friedreichs Blätter f. ges. Med., 1892.

v. Wagner, Julius, Dr.: Hofrat, k. k. o.-ö. Prof.

48. Über die Folgen der Exstirpation der Schilddrüse. Wr. med. Blätter, 1884, Nr 25.
49. Weitere Versuche über die Exstirpation der Schilddrüse nebst Bemerkungen über den Morbus Basedowii. Wr. med. Blätter, 1884, Nr. 30.
50. Ein Beitrag zur Kenntnis der Rückenmarkserkrankungen d. Paralytiker. Wr. med. Jahrbücher, 1884.
51. Eine Methode, Hautanästhesie durch Kokain zu erzeugen. Wr. med. Blätter, 1886, Nr. 6.
52. Zur Anatomie des Rückenmarkes u. der medulla oblongata. Zentralblatt f. Nervenheilkunde, IX, 1886, Nr. 4.
53. Über die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen. Jahrbücher für Psychiatrie. VII. Bd., 1887.
54. Vermeintliches Alkoholdelirium, Diabetes insipidus, Salicylsäurevergiftung. Wr. klin. Wochenschrift, 1888, Nr. 38.
55. Über Trauma, Epilepsie u. Geistesstörung. Jahrbücher f. Psychiatrie. VIII. Bd., 1889.
56. Neuralgie und Psychose. Jahrbücher f. Psychiatrie. VIII. Bd., 1889.
57. Über einige Erscheinungen im Bereiche des Zentralnervensystems, welche nach Wiederbelebung Erhängter beobachtet werden. Jahrb. f. Psychiatrie. VIII Bd., 1889.
58. Über Osteomalakie und Geistesstörung. Jahrbücher f. Psychiatrie. IX. Bd., 1889.
59. Nekrolog Leidesdorf. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, 1890, Bd. 46.
60. Antrittsvorlesung an der psychiatr. Klinik in der Landesirrenanstalt. Wr. klin. Wochenschrift, 1893, Nr. 47.

61. Psychiatr. Heilbestrebungen. Wr. kl. Wochenschrift, 1895, Nr. 9.
62. Über Psychosen auf Grundlage gastrointestinaler Autointoxication. Wr. klin. Wochenschrift, 1896, Nr. 10.
63. Zwei Gutachten der med. Fakultät in Wien. Wr. klin. Wochenschrift, 1897.
64. Fragliche Gültigkeit der Ehe wegen Impotenz des Mannes. Fakultätsgutachten, ibid. 1899, pag. 22.
65. Gewohnheitsdiebstahl. Wiederholte erfolgreiche Simulation. Fakultätsgutachten, ibid. 1899, pag. 1207.
66. Todschlag, verübt von einem trunksüchtigen, ethisch depravierten Individuum etc. Fakultätsgutachten, ibid. 1900, pag. 134.
67. Zur Veranlagung der Paralytiker. Monatsschrift f. Psychiatrie etc. VIII, 325.
68. Über endemischen u. sporadischen Kretinismus und dessen Behandlung. Wr. klin. Wochenschrift, 1900, pag. 419.
69. Die Giftwirkung des Alkohols bei einigen nervösen u. psychischen Erkrankungen, ibid. 1901, pag. 359.
70. Zur Reform des Irrenwesens, ibid. 1901, Nr. 12 ff.
71. Alcoholismus chronicus, Todschlag etc. Fakultätsgutachten, ibid. 1901, pag. 763.
72. Zur Behandlung des endemischen Kretinismus. Ibid. 1902, pag. 651.
73. Über Psychosen durch Autointoxikation vom Darme aus. Jahrbücher für Psychiatrie etc., Bd. XXII, pag. 177.

Wagner, Julius, Dr. u. Konrad, Eugen, Dr. (Direktor):

74. Über den Wert der Engelskjönschen elektrodiagnostischen Gesichtsfelduntersuchung. Archiv f. Psychiatrie, XVI. Bd., 1885.

W. J. u. Paschkis, Heinrich, Dr. (Professor):

75. Über die durch Chloroform auf kataphorischem Wege zu erzeugende Hautanästhesie. Neurologisches Zentralblatt, 1886, Nr. 18.

W. J. u. Gaertner, Gustav, Dr. (Professor):

76. Über den Hirnkreislauf. Wr. med. Wochenschrift, 1887, Nr. 19 u. 20.

B. Assistenten der Klinik.

Hoestermann, C. E., Dr:

77. Über die Anwendung des Amylnitrit bei Melancholie. Wr. med. Wochenschrift, 1872.

Schlangenhausen, F., Dr.:

78. Beitrag zur Kasuistik der pseudaphasischen Verwirrtheit. Jahrbücher f. Psychiatrie, II. Bd.

Weiß, Jacob (Direktor in Ungarn):

79. Ein Fall von Meningomyelitis im Verlaufe des Delirium alcoholicum. Allgem. Wiener med. Zeitung, 1875.
80. Symptomatologie und Verlauf des Delirium alcoholicum. Wr. med. Wochenschrift, 1876.
81. Die epileptische Geistesstörung. Wiener med. Wochenschrift, 1876.
82. Die unter dem Einflusse der Alkoholintoxikation zustande kommenden Konvulsionen. Psychiatr. Studien. Wien, Braumüller, 1877.
83. Die psychische Epilepsie. Psychiatr. Studien. Wien, Braumüller, 1877.
84. Die Myelitis paralytica. Psychiatr. Studien. Wien, Braumüller, 1877.
85. Ein Fall von Hämatomyelie. Psychiatr. Studien. Wien, Braumüller, 1877.
86. Wert u. Bedeutung der Reformbestrebungen in der Klassifikation der Psychosen. Stuttgart, Enke, 1877.
87. Die zerebralen Grundzustände der Psychosen. Stuttgart, Enke, 1877.
88. Zur Pathologie der Gehirntumoren. Wr. med. Wochenschrift, 1877.
89. Weitere kasuistische Beiträge zur psychischen Epilepsie. Zeitschrift f. Psychiatrie, 1878.
90. Die Wucherungen der Kammerwände des Gehirns. Med. Jahrbücher, IV. Heft, 1878.
91. Die klinische Bedeutung der Krampfanfälle in der Pathologie der Psychosen. Pester med. chirurg. Presse, 1879.

Svetlin, Wilhelm, Dr. (Regierungsrat):

92. Die Therapie des Nystagmus mit dem konstanten Strome. Wr. Klinik 1883.
93. Elektro-Untersuchungsresultate bei Dementia paralytica. Psychiatr. Studien. Wien, Braumüller, 1877.
94. Atropin und seine Anwendung bei Epilepsie. Psychiatr. Studien. Wien, Braumüller, 1877.
95. Über den Wert hydriatischer Einwickelungen in maniakalischen Erregungszuständen. Psychiatr. Studien. Wien, Braumüller, 1877.
96. Über einen Fall von Hystero-Epilepsie. Wiener med. Wochenschrift, Nr. 1 u. 2, 1878.
97. Über epileptoide Zustände. Wr. med. Presse, 1878.
98. Beitrag zur Lehre von der Katalepsie. Archiv f. Psychiatrie, VIII.

Svetlin und Klein, S., Dr.:

99 Untersuchungen über den Einfluß des Sympathicus auf die Zirkulation des Augengrundes. Psychiatr. Studien, Wien, Braumüller, 1877.

Raab, Wilhelm, Dr.:

100. Über Epilepsie nach Alkoholmißbrauch. Wiener med. Blätter, 8 u. 9, 1882.
101. Über chronischen Wahnsinn nach epileptischer Geistesstörung. Wr. med. Wochenschrift, 1882.

Rader, Julius, Dr.:

102. Über einen Fall von Epilepsie mit psychischen Störungen. Wr. med. Presse, 1886.
103. Ein kasuistischer Beitrag zur Frage der künstlichen Ernährung bei abstinierenden Geisteskranken. Wr. med. Presse, 1888.

Schlöß, Heinrich, Dr. (Direktor):

104. Über melancholische Verrücktheit. Jahrbücher f. Psychiatrie. IX. Bd., pag. 137.

Kornfeld, Sigmund, Dr., Primararzt d. K., und Bikeles (Professor):

105. Ein Fall von Osteosarkom des Schädels. Wr. klin. Wochenschrift, 1892.
106. Untersuchungen über das Verhalten der Hautsensibilität etc. Jahrbücher für Psychiatrie, XI, pag. 195.
107. Untersuchungen über das Verhalten der Pupillen bei Paralytikern, ibid. XI, 303.
108. Beitrag zur Kenntnis der Gesichtsfeldeinschränkung etc., ibid. XII, 94.
109. Über die Genese u. path.-anat. Grundlage des Größenwahnes etc. Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie. 49. Bd.

Boeck, Ernst, Dr. (Direktor, Sanitätsrat):

110. Versuche über die Einwirkung künstlich erzeugten Fiebers bei Psychosen. Jahrbücher f. Psychiatrie, XIV. Bd., 1896.

Starlinger, Josef, Dr. (Direktor):

111. Ein Beitrag zur Frage der gynäkologischen Behandlung in Irrenanstalten. Jahresbericht der n.-ö. Irrenanstalten, 1892/93.
112. Ein Beitrag zur Frage der Kastration bei Hysterie und Hysteroepilepsie. Jahresbericht der n.-ö. Landesirrenanstalten 1893/94.
113. Ein neuer Cervixdilatator nach einem alten Prinzipe. Zentralblatt f. Gynäkologie 1895.
114. Die Durchschneidung beider Pyramiden beim Hunde. Vorläufige Mitteilung. Neurologisches Zentralblatt 1895, pag. 390.
115. Ein Fall von miliarer Embolie des Gehirns mit Degeneration des Marks bei einer Geisteskranken. Jahrbücher f. Psychiatrie. XIV. Bd., 1896.
116. Die Durchschneidung beider Pyramiden beim Hunde. Jahrbücher für Psychiatrie, XV. Bd. 1896.

Elzholz, Adolf, Dr. (Privatdozent, Gerichtsarzt):

117. Neue Methode zur Bestimmung der absoluten Zahlenwerte der einzelnen Leukozytenarten im Kubikmillimeter Blut. Wiener klin. Wochenschrift, 1894, Nr. 42.
118. Akute Psychose, geheilt nach 13 Jahren. Wr. med. Wochenschr., 1896, Nr. 39.
119. Beitrag zur Kenntnis des Delirium tremens. Jahrbücher f. Psychiatrie, XV. Bd., 1897.
120. Über Psychosen bei Karzinom-Kachexie. Jahrbücher f. Psychiatrie, XVII.
121. Zur Kenntnis der Veränderungen im zentralen Stumpfe lädierter gemischter Nerven. Jahrbücher für Psychiatrie, XVII, 323.
122. Über Beziehungen der Korsakoffschen Psychose zur Polioencephalitis acuta hämorrh. super. Wr. klinische Wochenschrift, 1900, 337.
123. Weitere Mitteilungen über Delirium tremens. Wiener klin. Rundschau, 1901, 233.
124. Zur Histologie alter Nervenstümpfe in amputierten Gliedern. Ibid. 1900, pag. 245.
125. Heilung einer Psychose bei Uterus myom etc Wiener klinische Wochenschrift, 1898, Nr. 29.

Redlich, Emil, Dr. (Professor):

126. Zur Pathologie der multiplen Sklerose. (Klinischer Teil.) Wiener klin. Rundschau, 1895.
127. Zur Pathologie der multiplen Sklerose. (Anat. Teil.) — Arbeit. aus Prof. Obersteiners Laborator., IV. Heft, Wien 1896.
128. Über die polyneuritischen Psychosen. Wiener klin. Wochenschrift, 1896, Nr. 27.

Dr. Emil Redlich mit Dr. Kaufmann (Privatdozent):

129. Über Ohrenuntersuchungen bei Gehörshalluzinanten. Wiener klin. Wochenschrift, 1896, Nr. 33.
130. Die Pathologie der tabischen Hinterstrangserkrankung. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1897.
131. Über die motorischen Folgeerscheinungen ausgedehnter Exstirpationen der motorischen Rindenzentren bei der Katze. Neurol. Zentralblatt, 1897, 818.
132. Beiträge zur Anatomie und Physiologie der motor. Bahnen bei der Katze. Monatsschrift für Psychiatrie etc., Bd. V, pag. 41.
133. Über senile Epilepsie. Wiener mediz. Wochenschrift, 1900, Nr. 13 ff.
134. Tabes dorsalis und chronische Bleivergiftung. Wiener med. Wochenschr., 1897, Nr. 18 ff.

Pilcz, Alexander, Dr. (Primararzt, Privatdozent):

135. Über einen Fall von amyotrophischer Lateralsklerose. Jahrbücher f. Psychiatrie, XVII, 221.
136. Atrophie und Degeneration im Nervensystem. Ibid. XVIII, 341.
137. Über Mikrocephalie, nebst zusammenfassendem Berichte etc. Ibid. XVIII, pag. 526.
138. Contributions à la psychologie du sommeil. Ann. médico-psychol. 1899.
139. Paralyse und Degeneration. Monatsschrift für Psychiatrie, VI, 1.
140. Zur Ätiologie des period. Irreseins. Ibid. 1900, Nov.
141. Über einen operativ geheilten Fall psychischer Epilepsie. Wiener klin. Rundschau, 1901, 1.
142. Blutdruckmessungen bei Geisteskranken. Wr. klin. Wochenschrift, 1900, Nr. 12.
143. Über myxödematöses Irresein etc. Jahrbücher f. Psychiatrie, XX, 77.
144. Die periodischen Geistesstörungen. Jena 1901, Gustav Fischer.
145. Sur les psychoses chez les juifs. Annal. médico-psychol. 1902.
146. Funktion der Pyramiden beim Menschen. Wr. klin. Wochenschrift, 1901, Nr. 50.
147. Postoperatives Irresein. Ibid. 1902.
148. Prognose und Therapie des Delirium tremens. Wiener klin. Rundschau, 1902.
149. Ergebnisse elektrischer Untersuchungen an Geisteskranken. Jahrbücher f. Psychiatrie, XXII, 313.
150. Ergebnisse elektrischer Untersuchungen bei progressiver Paralyse und Dementia senilis. Ibid. XXIII, 241.

151. Behandlung Geisteskranker in Familienpflege. Wiener klin. Wochenschrift, 1903.
152. Zur Klinik des periodischen Irreseins. Monatsschrift für Psychiatrie etc.
153. Plexus chorioideus bei Geisteskranken. Jahrbücher f. Psychiatrie, XXIV.
154. Zur Kenntnis der progressiven Paralyse. Ibid. XXV, 96.
155. Lehrbuch der speziellen Psychiatrie. Leipzig-Wien 1904, Deuticke.
156. Über eine besonders insidiöse Form des status epilepticus (Pick). Wr. klin. Rundschau, 1904.
157. Heilversuche an Paralytikern. Jahrbücher f. Psychiatrie, XXV, 141.
158. Zur Lehre vom Selbstmorde. Ibid. XXVI.
159. Vergleichende Rassenpsychiatrie. Wien-Leipzig 1904, Deuticke.
160. Zur prognostischen Bedeutung des Argyll-Robertsonschen Phänomens. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1907.
161. Über Pellotin. Wiener klin. Wochenschr., 1896, Nr. 48.
162. Über den diagnostischen Wert der Lumbalpunktion. Wiener klin. Rundschau, 1907.
163. Zur Tuberkulinbehandlung der Paralytiker. Wr. medizin. Wochenschrift, 1907.

* * *

164. Beiträge zur Hereditätslehre. (Im Druck befindlich.)

* * *

Pilcz, Alexander, Dr. und Wintersteiner, Hugo, Dr. (Professor für Ophthalmologie in Wien):

165. Augenspiegeluntersuchungen an Geisteskranken. Zeitschrift für Augenheilkunde, 1905.

Raimann, Emil, Dr. (Privatdozent, Gerichtsarzt):

166. Über Wirkung und Ausscheidung großer Dosen Paraldehyd. Wiener klin. Rundschau, 1899.
167. Polioencephalitis superior acuta und delirium alkoholicum als Einleitung einer Korsakoffschen Psychose ohne Polyneuritis. Wr. klin. Wochenschrift, 1900.
168. Zur Frage der retrograden Degeneration. Wr. klin. Rundschau, 1899 und Jahrb. f. Psychiatrie, 1900.
169. Über Hedonal. Heilkunde, 1900.
170. Über alimentäre Glykosurie I und II. Wiener klin. Wochenschrift, 1900 und 1901.
171. Beiträge zur Lehre von den alkoholischen Augenmuskellähmungen. Jahrb. für Psychiatrie, 1901.
172. Zur Technik der Marchi-Methode. Neurolog. Zentralblatt, 1901.
173. Zur quantitativen Bestimmung kleinster Zuckermengen im Harn. Zeitschr. f. analyt. Chemie, 1904.
174. Über Simulation von Geistesstörung. Jahrb. f. Psychiatrie, 1902.
175. Ein Fall von Cerebropathia psychica toxaemica (Korsakoff) gastrointestinalen Ursprunges. Monatsschrift f. Psych. und Neurol., 1902.
176. Über Glykosurie und alimentäre Glykosurie bei Geisteskranken. Zeitschr. f. Heilkunde 1902, pag. 142.

Stransky, Erwin, Dr. (Gerichtsarzt):

177. Zur Konservierung von Faserfärbungen. Neurolog. Zentralblatt, 1901.
178. Ein Beitrag zur Lehre von der periodischen Manie. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XI, 1902.
179. Zur Pathologie des Schmerzsinnes. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie, Bd. XII, 1902.
180. Über diskontinuierliche Zerfallprozesse an der peripheren Nervenfaser. Journal für Psych. und Neurologie, Bd. I, 1903.
181. Zur Kenntnis gewisser erworbener Blödsinnsformen (zugleich ein Beitrag z. Lehre von der Dementia präcox). Jahrb. für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XXIV, 1903.
182. Zur Lehre von den aphas., asymbol. u. kataton. Störungen bei Atrophie des Gehirns. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XIII, 1903.
183. Zur Kenntnis der bei Marchifärbung auftretenden artefiziellen Schwärzungen. Neurol. Zentralblatt, 1903.
184. Zur Klinik und Pathogenese gewisser Angstpsychosen. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. XIV, 1903.
185. Kurzer, ergänzender Beitrag zur Kenntnis der Herderscheinungen bei senil-arterioskleros. Hirnatrophie. Jahrbücher f. Psychiatrie, Bd. XXV, 1904.
186. Zur Auffassung gewisser Symptome bei der Dementia präcox. Neurolog. Zentralbl., 1904.
187. Zur Lehre von der Amentia. Journ. f. Psych, u. Neurologie, Bd. V—VII u. Wiener medizin. Wochenschrift, 1905.
188a. Zur Lehre von der Amentia. (Im Drucke befindlich.)
188b. Über die Dementia präcox in ihrer Bedeutung für die ärztliche Praxis. Wiener mediz. Presse, 1905.
189. Über Sprachverwirrtheit (Monographie). Halle a. S., Verlag von C. Marhold, 1905 (Heft 4 u. 5 des VI. Bandes der Sammlung zwangl Abhandlungen aus d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankheiten).
190. Dementia tardiva. Monatsschrift f. Psychiatrie und Neurologie, 1905, Bd. XVIII.
191. Zur Lehre vom Korsakoffschen Symptomenkomplex (zugleich ein Beitrag zum Kapitel „Tabes und Psychose"). Jahrbücher f. Psychiatrie, Bd. XXVI, 1905.
192. Zur Kenntnis des assoziierten Nystagmus. Neurologisches Zentralblatt, 1906.
193. Zur Antithyreoidinbehandlung der Basedowschen Krankheit. Wiener medizin. Presse, 1906.
194. Zur Lehre von den kombinierten Psychosen. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 63, 1906.
195. Zur Erziehung und Organisation des Irrenpflegepersonals. Psychiatrische Wochenschrift, 1906 Nr. 29—31.

196. Beitrag zur Paralysefrage. Wr. klin. Wochenschrift, 1907, Nr. 13.
197. Zur Lehre von der Dementia präcox. Zentralblatt für Nervenkrankh. und Psychiatrie, 1904. (Derzeit im Drucke befindlich.)
198. Zur Kenntnis der Veränderungen in den peripher. Nerven bei einer Reihe von Psychosen.

Dobrschansky, Max, Dr.:

199. Seekrankheit als Ursache akuter Geisteskrankheit. Zentralblatt für Psychiatrie u. Neurologie. Nr. 200, 1905, Nov.
200. Über ein bei gewissen Verblödungsprozessen, namentlich der progressiven Paralyse, auftretendes Phänomen. Jahrbücher für Psychiatrie etc. XXVII, pag. 144.
201. Über Malonal. Wiener medizin. Presse, 1906, Nr. 42.
202. Über einen Fall von progressiver Paralyse mit 14 jähriger Remission. Jahrbücher für Psychiatrie etc., XXVIII, 164.

C. Hospitanten der Klinik.

Klein, S., Dr. (Professor):

203. Augenspiegeluntersuchungen etc. Psychiatrische Studien aus der Klinik Leidesdorf, 1877.

Sträußler, E., Dr.:

(k. u. k. Regt.-Arzt, Privatdozent an der Prager medizin. Fakultät, Hospitant der Klinik 1900—1901).

204. Über Veränderungen der motorischen Rückenmarkszellen nach Resektion etc. Jahrbücher f. Psychiatrie, XXI, 1.
205. Eine Variation im Verlaufe der Pyramidenbahn. Neurolog. Zentralblatt, 1901, 834.
206. Zur Ätiologie der akuten hämorrhagischen Encephalitis. Wr. klin. Wochenschrift, 1902, pag. 61.
207. Über Encephalitis haemorrhagica. Jahrbücher f. Psychiatrie etc., XXI, 253.

Raschkow, Heinrich, Dr. (Berlin, Hospitant der Klinik 1903—1904).

208. Über Veronal. Wiener klin. Rundschau, 1903, Nr. 41.
209. Über Neuronal. Pharmakolog. u. therapeutische Rundschau, 1905, Nr. 8.
210. Kombination von Hautkrankheit u. Psychose. Dermatologische Zeitschrift, XII, Heft 2.

Selka, Alfred, Dr. (Wien, Hospitant der Klinik 1904).

211. Über Isopral. Pharmakolog. Rundschau, 1904.

Wunderer, Wolfram, Dr. (Wien, Assistenzarzt der niederösterr. Landesirrenanstalt Wien)

212. Über Proponal. Wiener medizin. Presse, 1906 Nr. 22.

Koichi Myake (Assistent der psychiatrischen Klinik zu Tokio, Hospitant der Klinik 1900).

213. Zur Frage der Abstinenzdelirien. Jahrbücher f. Psychiatrie etc., XXVIII. Bd.

Hatschek, Rudolf, Dr. (Sanitätsrat, Wien-Gräfenberg):

214. Über Zwangsirresein. (Im Drucke befindlich.)

Galasso, Peter, Dr. (Wien, Hospitant der Klinik 1906—1907).

215. Beitrag zur Lehre von der Polymyositis. (Im Drucke befindlich.)

---

b) Anstalt.

Berze, Josef, Dr.:

Über moralische Defektzustände. Jahrb. für Psych., XV. Bd., 1896.

Über das Bewußtsein der Halluzinierenden. Jahrb. f. Psych., XVI. Bd., 1897.

Unbewußte Bewegungen und Strafrecht. Archiv für Kriminalanthropologie, 1898.

Über Beschäftigung der Geisteskranken in der Irrenanstalt. Wr. med. Wochenschr., 1898.

Zur sogenannten Alkoholikerfrage. Wr. klin. Rundschau, 1899.

Zur Lehre von der Pathogenese der epileptiformen paralytischen Anfälle. Wr. med. Wochenschr., 1898.

Krankenverdienst in der Irrenanstalt. Psychiatrische Wochenschr., 1900.

Behandlung der epileptischen Pfleglinge der Frauenabteilung (Kierling-Gugging) nach Toulouse. Bericht des n.-ö. Landesausschusses über seine Amtswirksamkeit, 1901.

Gehören gemeingefährliche Minderwertige in die Irrenanstalt? Wr. med. Wochenschr., 1901.

Über Trinkerversorgung unter besonderer Berücksichtigung des österr. Gesetzentwurfes (1895). Monatsschr. f. Gesundheitspflege, 1901.

Zur Frage der Entlohnung der in den Anstalten beschäftigten Geisteskranken. Psychiatr. Wochenschrift, 1903.

Meinungsdissonanzen der sachverständigen Psychiater. Arch. f. Kriminalanthropologie, 1903.

Über das Primärsymptom der Paranoia. Monographie. C. Marhold, Halle a. S., 1903.

Paranoia oder Dementia praecox. Psychiatr.-neurol. Wochenschr., 1904.

Über Verwendung des Syrupus Kolae comp. „Hell" bei psychopathischen Zuständen. Wr. medizin. Blätter, 1904.

Selbstmord in der Irrenanstalt. Die Irrenpflege, 1904.

Zur Frage der partiellen Unzurechnungsfähigkeit. Monatsschrift für Kriminalpsychologie u. Strafrechtsreform, 1904.

Zum Falle Hejny. Monatsschrift für Kriminalpsychologie u. Strafrechtsreform, 1905.

Zur Frage der Subsumtion unter § 2 des Strafgesetzes. Wr. med. Wochenschrift, 1906.
Das Primärsymptom der Paranoia. Zentralbl. f. Neurologie und Psychiatrie, 1906.
Die Bedeutung der Homosexualität nach österr. Strafrechte. Monatsschr. f. Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform, 1906.
Zur Frage der Zurechnungsfähigkeit der Homosexuellen. Monatsschrift f. Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform, 1907.
Drei Artikel (Verbrechen und Vergehen von Geisteskranken, Verbrechen und Vergehen an Geisteskranken, Anklagen von Seite Geisteskranker) in Dittrichs „Handbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit", 1907.
Die psychischen Störungen des Kindesalters und der Entwicklungshöhe vorausgehenden Alters. In A. v. Lindheims „Saluti iuventutis", 1907.

Bischoff, Ernst, Doc. Dr.:

Hysterische Apoplexie. Wr. klin. Woch., 1894.
Bulbärparalyse. Mitteil. d. Vereins d. Ärzte Steiermarks, 1895.
Geschwülste der Brücke und des verlängerten Markes. Jahrb. f. Psychiatr., 1896.
Kompressionsmyelitis des oberen Brustmarkes. Wr. klin. Woch., 1896.
Verhalten der Sehnenreflexe bei Querschnittsmyelitis. Wr. klin. Woch., 1896.
Zerebrale Kinderlähmung nach Sehhügelblutung. Jahrb. f. Psych., 1897.
Über amnestische Sprachstörung. Jahrb. für Psych., 1897.
Über die urämischen Psychosen. Wr. kl. Woch., 1898.
Über einen Fall von Schwachsinn mit moralischer Depravation. Jahrb. f. Psych., 1898.
Über den intramedullären Verlauf des Fazialis. Neurol. Zentralbl., 1899.
Zur Anatomie der Hinterstrangskerne bei Säugetieren. Jahrb. f. Psych., 1899.
Über die motorischen Leitungsbahnen etc. Wr. klin. Woch., 1899.
Beiträge zur pathologischen Anatomie der akuten Verwirrtheit. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 56.
Sensorische Aphasie und Symptomatik der doppels. Schläfelappenerkr. Arch. f. Psych., Bd. 32.
Beitrag z. Anatomie des Igelhirns. Anat. Anzeiger, Bd. 18, 1900.
Zur pathologischen Anatomie der zerebralen Kinderlähmung. Jahrb. f. Psych., 1901.
Über die sklerotische Hemisphärenatrophie. Wr. kl. Rundschau, 1901.
Lokalisation der verschiedenen Formen der Sprachtaubheit. Zentralbl. f. Nerv., 1901.
Die pathol. anat. Grundlage der sensorischen Aphasie. Wr. klin. Rundschau, 1901.
Erweichung des Gyr. Hippocampi. Jahrbuch für Psychiatrie, 1902.
Pathol. anat. Befund bei familiärer infant. spast. Spinalparalyse. Jahrb. f. Psych., 1902, und Wr. klin. Rundschau, 1902.
Eigentumsdelikte bei Verfolgungswahn. Wr. klin. Rundschau, 1904.
Die Reform des Irrenwesens. Österr. Richterzeitung, 1904.
Simulation von Geistesstörung. Allg. Zeitschr. für Psych., Bd. 62.
Das Großhirn als Organ der Bewußtseinstätigkeit. Irrenpflege, 1906.
Familiäre Geisteskrankheiten. Jahrb. f. Psych., 1905.

Bogdan, Theopil, Dr.:

Über Alkoholismus — rumänisch.
Beitrag zur Irrenbehandlung.
Zur Frage: Moralisches Irresein. Wr. med. Wochenschrift, 1897.
Reisebericht. Psychiatr.-Neurolg .Wochenschr., 1903.
Psychiatrische Reformgedanken. Ebenda, 1905.
Beitrag zur Behandlungsweise der Geisteskranken.

Dirmoser, Eduard, Dr.:

Beitrag zur Lehre von der Reflex-Epilepsie. Intern. klin. Rundschau, 1888.

Eglauer, Hans, Dr.:

Bericht über die Scharlach- und Diphtherieerkrankungen in der n.-ö. Lds.-Pflege- u. Beschäftigungsanstalt f. schwachsinnige Kinder in Kierling-Gugging im ersten Halbjahr 1901. Jahresbericht des n.-ö. Landes-Ausschusses 1901 bis 1902.
Über Mundpflege bei Gesunden und Kranken. Irrenpflege, 1903.
Wiederholte Notzuchtattentate unter dem Einfluß des Alkohols. Wr. med. Wochenschr., 1903.
Über die Menstruation. Irrenpflege, 1904.
Über die Schwangerschaft. Irrenpflege, 1905 und 1906.

Gauster, Moritz, Dr.:

Rückblick auf die Leichen-Obduktionen an den im Jahre 1853 an der Wiener k. k. Irrenanstalt Verstorbenen. Zeitschr. d. k. k. Ges. d. Ärzte, XI. Bd., 1855.
Die sanitären Vorkehrungen der Gemeinde Wien hinsichtlich der Weltausstellung 1873. Wr. med. Presse, 1872.
Die Frage der ärztlichen Vereine. Wr. med. Presse, 1872.
Die neuen statistischen Tabellen zur Darstellung der Jahresbewegung in den österr. Irrenanstalten. Psych. Zentralbl., 1872.
Nachruf nach Dr. Karl Spurzheim. Psychiatr. Zentralblatt, 1872.
Ein Fall von Lyssa humana. Memorabilien, 1871 und 1872.
Zur Kasuistik der Behandlung mit Chloralhydrat. Memorabilien, 1872.
Zur Kasuistik des intermittierenden Irreseins. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 31, 1874.
Zur Irrenstatistik Niederösterreichs 1871. Psychiatr. Zentralbl., 1874.
Neue Bestimmungen des Irrenwesens in Österreich. Der Irrenfreund, XVI. Bd., 1874.
Zur Kasuistik hereditärer Syphilis. Memorabilien, 1875.

Zur Irrenstatistik Österreichs. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 32, 1875.

Zur Kasuistik der Heilungen progressiver Paralyse. Psych. Zentralbl., 1876.

Der dem Reichsrate vorliegende Strafgesetz-Entwurf in gerichtlich-psychologischer Hinsicht. Psych. Zentralbl., 1876.

Über die Notwendigkeit einer Irrenzählung. Psych. Zentralbl., 1876.

Hilfsvereine für Irre in Niederösterreich und Steiermark. Der Irrenfreund, XVIII. Jahrg., 1876.

Krank oder boshaft und zornmütig. Zeitschr. für Psych., Bd. 33, 1877.

Über moralischen Irrsinn, moral insanity. Wr. Klinik, III. Jahrgang, 1877.

Memorandum des Vereins für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien über die Notwendigkeit einer Irrenzählung. Psych. Zentralbl., 1877.

Die Heilung allgemeiner progressiver Paralyse. Jahrbuch f. Psych., I. Bd., 1879.

Zur Kasuistik der Intoxikation mit Karbolsäure. Memorabilien, 1879.

Die Organisation des Sanitätsdienstes in Wien und seinen Vororten. Wr. med. Presse, 1881.

Maßregeln gegen den Alkoholismus. Österr. ärztl. Vereinszeitg., 1882.

Psychische Entartungen. Handbuch der gerichtlichen Medizin von Dr. F. Maschka, IV., Tübingen, 1882.

Der Alkoholismus, seine Bekämpfung in Österreich. Arbeiten des Wr. hygienischen Kongresses, 1887, Heft VII.

Die Frage der Irrengesetzgebung in Österreich. Jahrb. f. Psych., VII. Bd., 1887.

Zur Frage der Trinkerasyle. Jahrb. f. Psych., VIII. Bd., 1889.

Die Bromtherapie bei Epilepsie. Wr. mediz. Presse Nr. 13, 1889.

Die Fürsorge für geistesschwache Kinder in Österreich. Wr. med. Wochenschr., 1890.

Die Influenza-Epidemie 1889/1890 in der Landes-Irrenanstalt Wien und ihre Einwirkung auf die Psychopathien. Wr. med. Presse, 1890.

Petition des Vereins für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien in der Frage des psychiatrischen Unterrichtes. Jahrb. f. Psych., X. Bd., 1892.

Hockauf, Anton, Dr.:

Eine Studienreise zum Besuche der Irren- und verwandten Anstalten in den Vereinigten Staaten Nordamerikas. Psych.-neurol. Wochenschrift, 1906 Nr. 39 bis 46.

Hofmann, Karl, Dr.:

Über die physiologische Wirkung des Papaverins. Wr. med. Wochenschr., 1868.

Über Kreatinin im normalen und pathologischen Harn. Virch. Arch., Bd. 49, 1869.

Über sterilmachende Wirkung d. Quecksilbers. Mediz.-chirurg. Rundschau, 1870.

Über Harnbeschaffenheit bei Leukämia lienalis. Wr. med. Wochenschr., 1870.

Über Papaverin in physiologischer u. therapeutischer Beziehung. Zeitschr. d. k. k. Gesellsch. d. Ärzte, 1870.

Holler, Anton, Dr.:

Präparationsmethode des Dr. Anton Holler zur Darstellung großer Hirn- und Rückenmarksschnitte. Jahresbericht der n.-ö. Landes-Irrenanstalt zu Ybbs pro 1872.

Abbildungen nach mikroskopischen Hirnpräparaten. Anhang zum Berichte über die n.-ö. Landes-Irrenanstalt zu Ybbs pro 1872.

Schnittmethode für mikroskopische Präparate des Gehirns und Rückenmarks. Mitt. d. Vereins der Ärzte in Niederösterreich, 1876.

Cysticercus cellulosae im Gehirn einer Geisteskranken. Allg. Wr. med. Ztg., 1878.

Joffe, Josef, Dr.:

Über Geisteskrankheit mit Paralyse. I. u. II. Teil. Zeitschr. der k. k. Ärzte, XIII. u. XV., 1857 und 1860.

Bemerkungen über die Zustände des Wiener Irrenturms. Zeitschr. f. prakt. Heilkunde, 1861.

Eine notgedrungene Erklärung. Zeitschr. für prakt. Heilkunde, 1861.

Geisteskrankheit durch Embolie der Hirngefäße bei bestandener Insufficientia mitralis. Vierteljahrsschrift f. Psychiatrie, I. B., 1867.

Konrad, Eugen, Dr. (und Dr. Julius Wagner):

Über den Wert der Engelskjönschen elektro-diagnostischen Gesichtsfelduntersuchung. Archiv f. Psychiatrie, XVI. Bd., 1885.

Zur Lehre von der akuten halluzinatorischen Verworrenheit. Arch. f. Psych., XVI. Bd., 1885.

Über galvanoelektrische Reaktionen der Gehör- und Gesichtsnerven bei Halluzinanten. Jahrbücher für Psychiatrie, VI. Bd., 1886.

Krayatsch, Josef, Dr.:

Zur modernen Irrenfürsorge. Med.-chirurg. Zentralblatt.

Reisebericht über den Besuch einiger deutscher Irrenanstalten. Wien, 1889, Verlag d. Verf.

Zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Wr. klin. Wochenschr, 1890.

Gutachten über die Anlage und bauliche Einrichtung einer modernen Irrenanstalt. Jahrb. f. Psych., XIII. Bd., 1895.

Zur Bettbehandlung chronisch Geistesgestörter. Jahrb. f. Psych., XIV. Bd., 1896.

Reisebericht über den Besuch einiger deutscher Idiotenanstalten. Jahrb. f. Psychiatrie, XIV. Bd., 1896.

Langwieser, Karl, Dr.:

Versuch einer Mechanik der psychischen Zustände. Wien, Czermak, 1871.

Dubois-Reymonds „Grenzen des Naturverkennens". Wien, Czermak, 1873.

Zur physiologischen Erklärung des Bewußtseins. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 41. Bd.

Maresch, Max, Dr.:

Über die Abstinenz (Nahrungsverweigerung) bei Geisteskranken u. die künstliche Fütterung. Wochenschrift d. k. k. Ges. der Ärzte, III. Bd., 1857.

Versuche mit Atropin gegen Epilepsie. Zeitschr. der k. k. Ges. der Ärzte, XIV. Bd., 1858.

Einige Fälle von Geistesstörung im Verlaufe d. Typhus. Zeitschr. d. k. k. Ges. der Ärzte, XV. Bd., 1859.

Zur Auflassung des Irrenturms. Zeitschr. der k. k. Ges. d. Ärzte, 1866.

Jahresbericht der Landesirrenanstalt in Wien für das Jahr 1869. Mediz. Jahrbücher, 1870.

Meynert, Theodor, Prof. Dr.*):

Die Bloßlegung des Bündelverlaufes im Großhirnstamme. Zeitschr. f. prakt. Heilkunde, 1865.

Ein Fall von Sprachstörung, anatomisch begründet. Mediz. Jahrbücher, XII, 1866.

Anatomie der Hirnrinde und ihrer Verbindungsbahnen mit den empfindenden Oberflächen und den bewegenden Massen. In Leidesdorfs Lehrbuch d. psychischen Krankheiten, Erlangen 1865.

Die Medianebene des Hirnstammes als ein Teil der Leitungsbahn zwischen der Gehirnrinde und den motorischen Nervenwurzeln. Wr. allg. med. Ztg., 1865 und 1866.

Das Gesamtgewicht und die Teilgewichte des Gehirns etc. Vierteljahrsschr. f. Psychiatrie, I. Bd., 1867.

Studien über die Bestandteile der Vierhügel. Zeitschr. f. wissensch. Zoologie, 1867.

Der Bau der Großhirnrinde und seine örtlichen Verschiedenheiten. Vierteljahrsschr. f. Psych., I. u. II. Bd., 1867 und 1868.

Studien über das pathologisch-anatomische Material der Wiener Irrenanstalt. Vierteljahrsschrift für Psychiatrie, I. Bd., 1868.

Geweblicher Befund am Rückenmarke eines an Hydrophobie Verstorbenen. Vierteljahrsschr. f. Psych., II. Bd., 1869.

Studien über die Bedeutung des zweifachen Rückenmarkursprunges aus dem Großhirn. Sitzungsber. d. k. Akademie d. W., Wien, 1869.

Beiträge zur Kenntnis der zentralen Projektion der Sinnesoberflächen. Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wissensch., Wien, 1869.

Neue Untersuchungen über den Bau der Großhirnrinde und seine örtlichen Verschiedenheiten. Med. Jahrbücher, 1869.

Mildner, Emanuel, Dr.:

Ein Fall von Mania transitoria. Korrespondenzbl., 1857.

Aus der Irrenanstalt in Wien. Wr. med. Wochenschrift, 1857.

Probst, Moriz, Dr.:

Über den Hirnmechanismus der Motilität. Jahrb. f. Psychiatrie, XX. Bd.

*) In der Zeit von 1866 bis 1870 war Meynert Prosektor der n.-ö. Landesirrenanstalt Wien.

Über den Verlauf der zentralen Sehfasern (Rinden-Sehhügelfasern) u. deren Endigung im Zwischen- und Mittelhirne und über die Assoziations- und Kommissurenfasern der Sehsphäre. Arch. für Psych., XXXV. Bd.

Über den Bau des vollständig balkenlosen Großhirns sowie über Mikrogyrie und Heterotopie der grauen Substanz. Arch. f. Psych., XXXIV. Bd.

Zur Kenntnis des Faserverlaufes des Temporallappens, des Bulbus olfactorius, der vorderen Kommissur und des Fornix nach entsprechenden Exstirpations- und Durchschneidungsversuchen. Archiv f. Anatomie, 1901. Anatom. Abt.

Über den Verlauf und die Endigung der Rinden-Sehhügelfasern des Parietallappens, sowie Bemerkungen über den Verlauf des Balkens, des Gewölbes, der Zwinge und über den Ursprung des Monakowschen Bündels. Archiv für Anatomie, 1901. Anatom. Abt.

Experimentelle Untersuchungen über die Schleifenendigung, die Haubenbahnen, das dorsale Längsbündel und die hintere Kommissur. Arch. für Psych., XXXIII. Bd.

Über die Folgen der spinalen Kinderlähmung auf die höher gelegenen Nervenzentren. Wr. klin. Wochenschr., 1898.

Zur Kenntnis des Sagittalmarks und der Balkenfasern des Hinterhauptlappens. Jahrb. f. Psych., XX. Bd.

Physiologische, anatomische und pathologisch-anatomische Untersuchungen des Sehhügels. Arch. f. Psych., XXXIII. Bd.

Über arteriosklerotische Veränderungen des Gehirns und deren Folgen. Arch. f. Psych., XXXIV. Band.

Über das Gehirn der Taubstummen. Arch. f. Psych., XXXIV. Bd.

Zur Kenntnis der disseminierten Hirnrückenmarkssklerose. Arch. f. Psych., XXXIV. Bd.

Zu den fortschreitenden Erkrankungen der motorischen Leitungsbahnen. Arch. f. Psych., XXX. Bd.

Zur multiplen Hirnsklerose. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde, XII. Bd.

Experimentelle Untersuchungen über das Zwischenhirn und dessen Verbindungen, besonders die sogenannte Rindenschleife. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, XX. Bd.

Zur Anatomie und Physiologie experimenteller Zwischenhirnverletzungen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, XVII. Bd.

Über die Lokalisation des Tonvermögens. Arch. f. Psych. u. Nervenkr., XXXII. Bd.

Zur Kenntnis der Pyramidenbahn (normale u. anormale Pyramidenbündel und Reizversuche der Kleinrinde). Monatschr. f. Psych., 1899.

Zur Anatomie und Physiologie des Sehhügels. Monatsschrift f. Psych., 1900.

Über vom Vierhügel, von der Brücke und vom Kleinhirn absteigende Bahnen, Monakowsches Bündel, Vierhügel-Vorderstrangbahn, dorsales Längsbündel, zerebrale Trigeminuswurzel und andere motorische Haubenbahnen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., XV. Bd.

Über einen Fall vollständiger Rindenblindheit und vollständiger Amusie. Monatsschr. f. Psych., 1901.

Über den Verlauf der Sehnervenfasern und deren Endigung im Mittel- und Zwischenhirn. Monatsschrift f. Psych., 1900.

Zur Anatomie und Physiologie des Kleinhirns. Arch. f. Psych., XXXV. Bd.

Über die klinischen und anatomischen Ergebnisse eines Kleinhirntumors. (Gemeinschaftlich mit Dr. v. Wieg.) Jahrbuch f. Psych., XXI. Bd.

Zur Kenntnis des Bindearmes, der Haubenstrahlung, und der Regio subthalamica. Monatsschr. für Psych., 1901, IX. Bd.

Zur Kenntnis der Schleifenschicht und über aus dem Rückenmark zum Deiterschen Kern und zur Substantica reticularis aufsteigende Fasern. Monatsschr. f. Psych., X. Bd.

Über die Bedeutung des Sehhügels. Wiener klin. Wochenschr., 1902.

Über die Leitungsbahnen des Großhirns. Jahrb. f. Psych., XXIII. Bd.

Über Rindenreizungen nach Zerstörung der primären und sekundären motorischen Bahnen, über die Bedeutung der motorischen Haubenbahnen, über die Sehhügelrindenfasern der Hörsphäre, über Kommissurenfasern im Tractus opticus, über die Haubenstrahlungskommissur u. über das Längsbündel. Monatsschr. f. Psych., 1902.

Über die Leitungsbahnen des Gehirnstammes. Arch. f. Anat. u. Physiol., 1902. Suppl. Anatom. Abt.

Zur Kenntnis der Gehirnlues, der zentralen Haubenbahn, des Monakowschen Bündels etc. Jahrb. f. Psych., XXIII. Bd.

Über die Kommissur von Gudden, Meynert und Ganser und über die Folgen der Bulbusatrophie auf die zentrale Sehbahn. Monatsschr. f. Psych., XVII. Bd.

Experimentelle Untersuchungen über die Anatomie und Physiologie des Sehhügels. Monatsschr. für Psych. u. Neurol., V. Bd.

Über die Rinden-Sehhügelfasern des Riechfeldes, über das Gewölbe, die Zwinge, die Randbogenfasern, über die Schweifkernfaserung und über die Verteilung der Pyramidenfasern im Pyramidenareal. Arch. f. Anat. u. Physiol., 1903, Anat. Abt.

Über die anatomischen und physiologischen Folgen der Halbseitendurchschneidung des Mittelhirns. Jahrb. f. Psych., XXIV. Bd.

Über Pachymeningitis cervicalis hypertrophica und über Pachymeningitis interna haemorrhagica bei chronisch fortschreitenden Verblödungsprozessen in der Jugend. Arch. f. Psych., 1902.

Zur Kenntnis der Mikrozephalie und der Makrogyrie. Arch. f. Psych., XXXVIII. Bd.

Über die Ursachen der Geisteskrankheiten und deren Bewertung vor Gericht. Handb. d. gerichtl. Medizin von Dietrich, Wien, 1907. Verlag von Braumüller.

Über durch eigenartigen Rindenschwund bedingten Blödsinn. Arch. f. Psych., XXXVI. Bd.

Über fortschreitende Verblödungsprozesse im Kindesalter. Wr. med. Presse, 1903.

Über Geistesstörungen nach Bleivergiftung. Monatsschrift f. Psych. u. Neurol., IX. Bd.

Über Paraldehyddelir. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., XIV. Bd.

Über Halluzinationen ohne Wahnideen und über das Gedankenlautwerden. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., XIII. Bd., Ergänzungsheft.

Gehirn und Seele des Kindes. Verlag von Reuther & Reichard, Berlin, 1904.

Zur Kenntnis der amyotrophischen Lateralsklerose in besonderer Berücksichtigung der klinischen und path.-anatom.-zerebralen Veränderungen und Beiträge zur Kenntnis der progressiven Paralyse. Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wissensch. in Wien, mathem.-naturw. Klasse, Dez. 1903, CXII. Bd., Abt. III.

Zur Kenntnis der Großhirnfaserung und der zerebralen Hemiplegie. Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wissensch. in Wien, mathem.-naturw. Klasse, CXIII. Bd., Abt. III.

Weitere Untersuchungen über die Großhirnfaserung und über Rindenreizversuche nach Ausschaltung motorischer Leitungsbahnen. Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wissensch. in Wien, mathem.-naturw. Klasse, CXIV. Bd., Abt. III, April 1905.

Über die zentralen Sinnesbahnen, die Sinneszentren und die Assoziationsfaserung des menschlichen Großhirnes. Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wissensch. in Wien, CXV. Bd., Abt. III, Sitzg. v. 11. Jan. 1906.

Richter, Karl, Dr.:

Die Pflege Geistessiecher. Irrenpflege, 1904, Nr. 7.

Über die Wirkung des Veronal. (Gemeinschaftl. mit Dr. Gregor Steiner.) Psych.-neurol. Wochenschrift, 1904, Nr. 51.

Schlager, Ludwig, Prof. Dr.:

Über die ätiologische Bedeutung der Erblichkeit der Geistesstörungen. Korrespondenzbl. d. deutsch. Ges. f. Psych., 3. Jahrg., 1856.

Über den Typhusprozeß in seinen Beziehungen zur Entwicklung und zum Verlaufe der psychischen Störungen. Zeitschr. f. prakt. Heilk., 1857.

Über die sogenannte Melancholia attonita oder stupida. Zeitschr. f. prakt. Heilk., 1857.

Über die Nahrungsverweigerung bei Geisteskranken. Zeitschr. f. prakt. Heilk., 1857.

Die Geistesstörung in ihrer Grundanschauung für den Irrenarzt. Zeitschr. f. Psych., XIV. Bd., 1857.

Über die infolge von Gehirnerschütterung sich entwickelnden psychischen Störungen. Zeitschr. d. k. k. Ges. d. Ärzte, XIII. Bd., 1857.

Über die Abfassung psychiatrischer Gutachten für die Physikatsprüfung. Allg. Wiener med. Zeitg., 1875.

Zur Frage der Gesundheitserklärung von aus Irrenanstalten entlassenen, nicht unter Kuratel stehenden Geistesgestörten. Allg. Wiener med. Zeitg., 1876.

Über die psychiatrische Begutachtung des Geisteszustandes Sultans Murad V. Allg. Wiener med. Zeitg., 1876.

Über die Abfassung psychiatrischer Gutachten. Allg. Wiener med. Zeitg., 1876.

Über die Notwendigkeit der Begutachtung wiedererlangter psychischer Leistungsfähigkeit für bestimmte Berufsbeschäftigungen nach abgelaufener psychischer Störung. Zeitschr. f. Psych., XXXIII. Band, 1877.

Die psychiatrische Begutachtung des Sultan Murad V. und dessen Thronentsetzung. Zeitschr. f. Psych., XXXIV. Bd., 1878.

Zur Frage über den Einfluß des blauen Lichtes auf Geisteskranke. Allg. Wiener med. Zeitg., 1880 und 1881.

Über die strafgerichtliche Verurteilung Geisteskranker. Zeitschr. f. Psych., XXXVIII. Bd., 1882.

Die Ringtheater-Katastrophe in ihrer Beleuchtung für den Irrenarzt. Allg. Wr. med. Zeitg., 1882.

Der Fall „Waschauer“ vom gerichtsirrenärztlichen Standpunkte. Allg. Wr. med. Zeitg., 1882.

Über die sogenannte Leinwandzelle zur Isolierung von zur Selbstbeschädigung geneigten Geistesgestörten und über die Beleuchtung der Isolierzellen in Irrenanstalten. Allg. Wr. med. Zeitg., 1882.

Die sogenannte Leinwandzelle zur Isolierung von zur Selbstbeschädigung geneigten Geistesgestörten. Zeitschr. f. Psych., XXXIX. Bd., 1883.

Über vermeintliche widerrechtliche Internierung von Personen in Irrenanstalten. Zeitschr. f. Psych., XL. Bd., 1884.

Über Entweichungen und Entweichungsversuche von Geistesgestörten aus ihren Verpflegsorten. Zeitschrift f. Psych., XLII. Bd., 1886.

Schlöß, Heinrich, Dr.:

Ein Beitrag zur Lehre von der sogenannten Reflexepilepsie. Wr. med. Wochenschr., 1888.

Über das Gehirn eines Aphasischen. Jahrb. f. Psych., 1889, VIII. Bd., Heft 3.

Über die Lehre vom moralischen Irresein. Jahrb. f. Psych., 1889, VIII. Bd., Heft 3.

Über melancholische Verrücktheit. Jahrb. f. Psych., 1889, IX. Bd., Heft 1 und 2.

Über die Beziehungen zwischen Melancholie und Verrücktheit. Eine psychiatrische Studie. Jahrb. f. Psych., XIV. Bd., Heft 1.

Über die Übertragung von Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., XIV. Jahrg., neue Folge, II. Bd., Februar 1891.

Anatomische Studien an Gehirnen Geisteskranker. Jahrb. f. Psych., II. Bd., Heft 3.

Ein Fall von Simulation einer Geistesstörung. Wr. med. Wochenschr., 1898, Nr. 38 u. 39.

Ein Fall wiederholter Brandlegung unter Einfluß des Alkohols. Wr. klin. Wochenschr., 1898, Nr. 32.

Über Irrenkrankenpflege. Zeitschr. f. Krankenpflege, April 1899.

Zur Kenntnis der Geistesstörungen des Greisenalters. Wiener Klinik, XXV. Jahrg., Heft 9 u. 10, September-Oktober 1899.

Die Verköstigung der Pfleglinge der niederösterreichischen Landesirrenanstalten. Herausgegeben vom n.-ö. Landesausschuß, Wien, 1902.

Zur Frage der Alkoholabstinenz in Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wochenschr., IV. Jahrg., 1902, Nr. 5.

Die Alkoholabstinenz in öffentlichen Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wochenschr., III. Jahrg., 1901, Nr. 34.

Über den Einfluß der Nahrung auf den Verlauf der Epilepsie. Wr. klin. Wochenschr., 1901, Nr. 46.

Pflege und Behandlung von zu Geistesstörungen disponierten Kindern. Wr. med. Wochenschr., 1903, Nr. 50.

Wiederholte Brandstiftung unter dem Einflusse des Alkohols. Wr. med. Wochenschr., 1903, Nr. 20.

Leitfaden zum Unterricht für das Pflegepersonal an öffentlichen Irrenanstalten. 3. Auflage. Wien, Franz Deuticke, 1903.

Über einen Fall von infantiler Paranoia. Wr. klin. Wochenschr., 1903, Nr. 23.

Die Reform des Irrenwesens. Ein kritisches Referat. Wr. klin. Rundschau, 1904, Nr. 34.

Über die Ursachen der Idiotie. Beiträge zur Schwachsinnigen-Fürsorge. 1904.

Über die Trunksucht und ihre Folgen. Monatsschr.: Die Irrenpflege, III. Jahrgang, Nr. 11 und 12, 1. Februar 1904.

Der Alkoholismus, seine Ursachen, sein Wesen und seine Behandlung. Wr. klin. Rundschau, 1904, Nr. 10, 12 und 13.

Zur Kenntnis der Ätiologie der angeborenen und frühzeitig erworbenen psychischen Defektzustände. Psych.-neurol. Wochenschr., Jahrg. 1907, Nr. 49.

Starlinger, Josef, Dr.:

Kastration bei geisteskranken Frauen. Jahresber. d. Wr. Irrenanstalt, 1892/93.

Gynäkologische Untersuchung bei geisteskranken Frauen. Jahresber. d. Wr. Irrenanstalt, 1894/95.

Ein neuer Zervixdilatator nach einem alten Prinzipe. Gynäkolog. Zentralbl., 1895, Nr. 9.

Ein Fall von miliarer Embolie des Gehirnes mit Degeneration des Markes bei einer Geisteskranken. Psychiatr. Jahrb., XIV. Bd., 1896.

Durchschneidung der Pyramiden beim Hunde. Jahrb. f. Psych. u. Neurologie, XV. Bd., 1897.

Die Reform des Irrenwesens in Nieder-Österreich und die Anstalt in Mauer-Öhling. Psychiatr. Wochenschr., 1899, Nr. 34.

Einiges über Oberpflege. Psych. Wochenschr., 1899, Nr. 22.

Beitrag zur pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse. Monatsschr. f. Psych. u Neurol., 1900.

Über Massendiarrhoe in Irrenanstalten. Psychiatr. Wochenschr., 1900, Nr. 13.

Das neue Reichertsche Schlittenmikrotom. Zeitschr. für Mikroskopie und mikroskopische Technik, XVII. Bd., 1900.

Ein Beitrag zum Irrenanstaltsbau. (Aus einem Reisebericht.) Psych. Wochenschr., 1901, Nr. 13.
Irrenpflege und Tuberkulose. Psychiatr. Wochenschr., 1901, Nr. 38/39.
Zur Frage der großen Irrenanstalten. Psych. Wochenschr., 1902, Nr. 9.
Eine Neuerung am Reichertschen Schlittenmikrotom. Zeitschr. f. Mikroskopie und mikroskop. Technik, XIX. Bd., 1902.
Familienpflege in Mauer-Öhling. Psych. Wochenschr., 1904, Nr. 21.
Zur Frage der großen Irrenanstalten. Psych. Wochenschr., 1905, Nr. 16.
Zur Stellung der Irrenpflegeanstalten. Psych. Wochenschr., 1905, Nr. 23.
Einiges über Irrenanstalten, Kliniken und Irrenpflege. Jahrb. f. Psych. u. Neurol., XXVI. Bd., 1906.
Beschäftigungstherapie bei Geisteskranken. Psych.-neurol. Wochenschr., 1907, Nr. 7, und Österr. Rundschau, IX. Bd., Heft 4, 1906.
Zum „Großbetrieb" in den Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wochenschr., 1907.
Zum gegenwärtigen Stande der Pflegerfrage. Referat beim 1. Österr. Irrenärztetag Wien, 6. Oktober 1907.

Steiner, Gregor, Dr.:

Ein Beitrag zur Ätiologie der Epilepsie. Wr. med. Wochenschr., 1900, Nr. 11.
Über die Wirkung des Veronal. Psych.-neurol. Wochenschr., V. Jahrg., Nr. 51.
Zur Ätiologie der Dementia praecox. Psych.-neurol. Wochenschr., 1905, Nr. 8.
Zum Verlaufe der progressiven Paralyse. Wr. klin. Rundschau, 1906, Nr. 32.

Stephanides, Eduard, Dr.:

Zur Geistesstörung nach Blattern. Psych. Zentralbl., 1875.
Eigentümliche Körperstellung und Haltung der Extremitäten bei einer epileptisch-blödsinnigen Kranken und die bei der Obduktion der Leiche dieser Kranken gefundenen Veränderungen im Gehirne. Psych. Zentralbl., 1876.

Tilkowsky, Adalbert, Dr.:

Der Einfluß des Alkoholmißbrauchs auf psychische Störungen. Wr. Klinik, 1883, 11. Heft.
Zur Kasuistik der Selbstmorde und Selbstmordversuche bei Geisteskranken. Wr. mediz. Presse, 1888.
Zwangsarbeitsanstalt und Trinkerasyl. Wr. mediz. Presse, 1890.
Die Trinkerheilanstalten der Schweiz und Deutschlands. Jahrb. f. Psych., XII. Bd., 1894.
Die Alkoholiker in den Irrenanstalten. Wr. mediz. Wochenschr., 1895.
Alkoholismus und Irrenanstalten. Wr. mediz. Wochenschrift, 1895.
Über den gegenwärtigen Stand der Anstalten für idiotische und abnorme Kinder. Das Österr. Sanitätswesen, 1897.
Gutachten des k. k. n.-ö. Landessanitätsrates über den Vorgang bei der Abgabe von zahlungsunfähigen, gemeingefährlichen Geisteskranken in die n. ö. Landes-Irrenanstalten. Das Österr. Sanitätswesen, 1898, Nr. 3.
Das öffentliche Irrenwesen in Österreich. Österreichs Wohlfahrtseinrichtungen 1848 bis 1899, III. Bd. (Gesundheitspflege.)
Die Irrenanstalten in Österreich. Soziale Verwaltung in Österreich am Ende des 19. Jahrhunderts, II. Bd. (Gesundheitswesen). Franz Deutike, Wien, 1900.
Forels Angriffe auf die n.-ö. Landes-Irrenanstalten im Lichte der Tatsachen. Wr. klin. Wochenschr., 1901, Nr. 17.
Über den gegenwärtigen Stand der Alkoholikerfrage in den n.-ö. Landes-Irrenanstalten. Wr. klin. Rundschau, 1901, Nr. 21.
Über einige forensisch-psychiatrische Fragen. Psych.-neurol. Wochenschr., 1902, Nr. 49.
Mehrere Kapitel in „Dittrichs Handbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit". Im Erscheinen begriffen.

Veronese, Fr., Dr.:

Syphilis als ätiologisches Moment bei Erkrankungen des Nervensystems. Wr. Klinik, 9. Heft, 1883, Wien, Urban & Schwarzenberg.

v. Viszanik, Michael, Dr.:

Leben und Wirken des —. Wien, 1889, Verlag von Rudolf Brzezowsky & Söhne.

Wieg v. Wickenthal, Karl, Dr.:

Über die klinischen und anatomischen Ergebnisse eines Kleinhirntumors. Gemeinschaftlich mit Dr. Moriz Probst. Jahrbücher, 1892.
Ein Fall von akuter gelber Leberatrophie und die dabei auftretenden psychisch-nervösen Störungen. Wr. klin. Wochenschr., 1902.
Zur Klinik der Meningitis tuberculosa. Neurolog. Zentralbl., 1904.
Über Bewegung und Bewegungsstörungen. Irrenpflege, 1905.
Über Seelenvorgänge im allgemeinen und deren Zusammenhang mit körperlichen Vorgängen. Irrenpflege, 1906.
Zur Klinik der Dementia praecox. Im Erscheinen begriffen.

Wunderer, Wolfram, Dr.:

Über Proponal. Med. Presse, 1906, Nr. 22.
Zur Verbesserung unserer Pflege-Abteilungen. Irrenpflege, 1906/07, S. 203.

(Ref. Berze.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 29. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien.) Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Wien. Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Heil- und Pflege-Anstalt Waldbröl (Rheinland).

Die Stelle des **3. Asssitenzarztes** ist sofort zu besetzen. Psychiatrische Vorbildung ist erwünscht, aber nicht erforderlich.

Anfangsgehalt 1800 M. bei freier Beköstigung I. Klasse, freier Wohnung, Licht, Heizung und Wäsche.

Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf baldigst erbeten an

Direktor Dr. Görlitz.

An hiesiger Heilanstalt für Geisteskranke ist die Stelle einer

Oberpflegerin

zum 1. November ds. Js. zu besetzen.

Neben freier Station I. Klasse kann eine Jahresvergütung von 500 M. anfangend, allmählich bis 1000 M. steigend, sowie nach mindestens 5 jähriger einwandfreier Dienstzeit die Aussicht auf Ruhegehalt gewährt werden.

Geeignete Bewerberinnen wollen sich unter Vorlage eines selbstgeschriebenen Lebenslaufs und etwaiger Zeugnisse bei Unterzeichnetem melden.

Marburg, den 7. Oktober 1907.

Der Direktor der Landesheilanstalt:
Prof. Dr. **Tuczek,**
Geheimer Medizinalrat.

Im hiesigen **Landeshospital** mit einer Belegungszahl von 850 Kranken soll alsbald die Stelle eines

Abteilungsarztes

besetzt werden.

Der Anfangsgehalt beträgt 3000 M., steigend alle 3 Jahr um 300 M. bis zum Höchstgehalt von 4800 M. Mit der Stelle ist Pensionsberechtigung unter Anrechnung früherer Dienstjahre in der Psychiatrie verbunden. Verheirateten steht zunächst eine Wohnung, bis spätestens 1. April 1909 ab eine Dienstwohnung zur Verfügung.

Nur solche Bewerber, die im deutschen Reiche approbiert und in der Psychiatrie ausgebildet sind, wollen ihre Gesuche einreichen an die **Direktion.**

Landeshospital Haina,
den 30. September 1907.

BROMURAL

α-Monobromisovalerianylharnstoff.

Ein neues

Nervenberuhigungs- u. Schlafmittel.

Fast geschmackfrei, geruchlos und ohne Nebenwirkung. 959

Indikation: Leichte, nervöse Schlaflosigkeit, Hysterie, Neurasthenie etc.

Dosis: 2 Tabletten à 0,3 g Originalröhrchen zu 20 Tabletten à 0,3 g.

Literatur und Proben kostenlos.

Knoll & Co., chem Fabrik. **Ludwigshafen a. Rhein.**

Neue Hypnotica

Veronal

Durch **Intensität u. Sicherheit der Wirkung ausgezeichnet, frei von schädigenden Nebenwirkungen.** Geruchlos, fast ohne Geschmack. Ind.: nervöse Agrypnie, Depressionszustände. Auch bei unkompensierten Herzfehlern, bei chron. interstitieller Nephritis etc. verwendbar.

Als **ungefährliches Sedativum bei maniakalischen Erregungszuständen.**

Mittlere Dos.: 0,5 — 0,75 — 1,0 g, in heissen Flüssigkeiten gelöst zu nehmen.

FARBENFABRIKEN vorm. FRIEDR. BAYER & Co. ELBERFELD — BAYER

Isopral

Neues vortreffliches Hypnoticum, Ersatz für Chloralhydrat.

Herz- und Gefässsystem schonend, dabei von doppelt so starker hypnotischer Wirkung als Chloral.

Dos.: 0,5 — 1,0 g bei einfacher und mittlerer Agrypnie.
„ 1,0 — 2,0 — 3,0 g bei Erregungszuständen.

Darreichung in wässeriger Lösung oder in Form von Tabletten.

(In geschlossenem Glasgefäss kühl aufzubewahren!)

Aeltere bewährte Schlafmittel

Hedonal

650

absolut unschädlich, frei von Nebenwirkungen.
Dos.: 1,5 — 2 g.

Trional | **Sulfonal**

Im Ctr. des vornehmsten W. Vorortes von Berlin, *ist ein* mit der **Konzession zum Betriebe einer Irrenanstalt** versehenes Grundstück (geeignetes Anstaltsgebäude mit grösserem Park) **baldmöglichst** unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre: **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 29. | 12. Oktober. | 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Über die Bedingungen der Aufnahme Untersuchungsgefangener in die preussischen öffentlichen Irrenanstalten gemäss § 81 St. P. O. bez. 217 M. St. G. O.

Von Oberarzt Dr. *Braune* in Schwetz a. d. Weichsel.

Die Bedingungen, welche den Zivil- und Militärgerichten gestellt zu werden pflegen, wenn ein Untersuchungsgefangener in einer öffentlichen Irrenanstalt Preußens auf seinen Geisteszustand beobachtet werden soll, sind recht verschieden. Bei näherer Prüfung der Verschiedenheit dieser Bedingungen ergibt sich leider, daß die Wertschätzung der durch die irrenärztliche Beobachtung und Begutachtung geleisteten Arbeit nicht immer eine derartige ist, daß alle berechtigten Forderungen erfüllt werden. Diese bedauerliche Tatsache zeigt sich u. a. auch darin, daß die Bezahlung weit hinter dem zurückbleibt, worauf ein Gutachter Anspruch erheben darf. Es ist deshalb notwendig, daß hierin ein Wandel eintritt und daß künftig die Tätigkeit der Irrenärzte als Sachverständige in gebührender Weise nach jeder Richtung gewürdigt wird.

Wenn durch eine richterliche Behörde ein Untersuchungsgefangener in eine der westpreußischen Irrenanstalten zur Aufnahme angemeldet worden ist, werden durch den Herrn Landeshauptmann der Provinz Westpreußen nach Anhörung des betreffenden Anstaltsleiters regelmäßig folgende Bedingungen gestellt, die auf einem Formular angegeben sind, welches für solche Fälle als Antwortschreiben bereits vorgedruckt ist. Daß

1. der Justizfiskus die Verpflichtung übernimmt, die Überführung de... Genannten in die bezeichnete Anstalt, sowie die Abholung nach abgeschlossener Beobachtung auf seine Kosten zu bewirken, auch die Pflegekosten nach dem Jahressatze von 450 Mark für die Dauer des Aufenthalts in der Anstalt zu tragen,
2. als Sachverständiger außer dem Anstalts-Direktor... auch der Oberarzt... ernannt wird, damit bei etwaiger Behinderung eines Sachverständigen die Beobachtung keine Unterbrechung erleidet. Ein nicht zu den Anstaltsärzten gehöriger Arzt darf mit der Beobachtung während der Dauer des Aufenthalts in der Provinzial-Irrenanstalt nicht beauftragt werden,
3. den Sachverständigen soviel Vorbesuche gestattet und bezahlt werden, als ihnen für die Abgabe eines bestimmten Urteils notwendig erscheinen,
4. vor der Aufnahme eine Erklärung darüber abgegeben wird, ob das Gutachten mündlich oder schriftlich abgegeben werden soll,
5. die Dauer der Beobachtung auf sechs Wochen festgesetzt wird und der Justizfiskus eventuell auch über die Dauer von sechs Wochen hinaus für die Kosten des Unterhalts in der Anstalt haftet, falls die Abholung nicht rechtzeitig erfolgen sollte und
6. wenn es sich im Laufe der Beobachtung herausstellen sollte, daß zur genauen Beobachtung bei Tag und Nacht die Gestellung eines Extrawärters erforderlich ist, der Justizfiskus die Kosten für denselben nach dem Jahressatze von 709 Mark ebenfalls übernimmt.

Diese Bedingungen entsprechen den Forderungen, die billigerweise erhoben werden können. Wenn noch ein Wunsch geäußert werden dürfte, so wäre es folgender. Die Sätze für die „Kopialien", d. h. die Kosten für das Abschreiben des Gutachtens und für das erforderliche Papier sind veraltet und nicht mehr zeitgemäß, es werden für den Bogen der geleisteten Abschrift nur 25 Pfennig seitens der Gerichte zugestanden. Hierfür einen Schreiber zu gewinnen, wird schwer halten und nur ausnahmsweise gelingen. Der angemessene Satz wäre zehn Pfennig für die Seite.

In den soeben angeführten Aufnahmebedingungen sind die für uns Irrenärzte wichtigsten, daß in jedem Falle zwei Sachverständige ernannt werden und daß jeder Sachverständige so viele Vorbesuche ausführen darf und bezahlt erhält, als nach seinem Ermessen zur Beurteilung des Falles notwendig sind. Ohne daß diese beiden Bedingungen erfüllt werden, ist eine volle Anerkennung der Gutachtertätigkeit des Irrenarztes nicht denkbar. Es muß deshalb danach gestrebt werden, daß diese Bedingungen überall gestellt werden, wenn ein Untersuchungsgefangener in einer öffentlichen Irrenanstalt zur Beobachtung auf seinen Geisteszustand Aufnahme finden soll.

Erforderlich ist es zunächst, daß in jedem Falle zwei Sachverständige ernannt werden. Zwar wird zugegeben werden müssen, daß es unter den zu beobachtenden Untersuchungsgefangenen Fälle gibt, in denen e i n Sachverständiger durch eine verhältnismäßige geringe Zahl von Vorbesuchen ein sicheres Urteil über den Geisteszustand des Betreffenden gewinnen kann. Die Frage jedoch, ob ein Fall leicht zu beurteilen ist, oder ob seine Beurteilung große Schwierigkeiten bereiten wird, vermag auch ein erfahrener Irrenarzt mit Sicherheit erst zu beantworten, wenn er den zu Untersuchenden selbst vor sich hat, nicht aber schon allein auf Grund der Untersuchungsakten. In den Fällen, die der Irrenanstalt zur Beobachtung überwiesen werden, handelt es sich stets um Untersuchungsgefangene, deren Geisteszustand trotz der Beobachtung durch die Gefängnisärzte nicht hat klargestellt werden können. Unter den Gefängnisärzten befindet sich aber eine große Anzahl, die in der Beurteilung von Geisteszuständen, sei es an Untersuchungsgefangenen, sei es bei Entmündigungen und Ehescheidungen, schon eine nicht zu unterschätzende Erfahrung gesammelt haben. Außerdem ist immer wieder versucht worden, die Ausbildung der Gerichtsärzte in der Psychiatrie durch Veranstaltung von Kursen zu fördern. Es ergibt sich daher von selbst, daß leicht zu beurteilende Fälle gemäß § 81 St. P. O. nur ganz selten zur Aufnahme in eine Irrenanstalt gelangen und daß die Überwiesenen meist schwer zu beurteilen sind. In nicht wenigen Fällen bieten sich ihrer Beurteilung sogar besonders große Schwierigkeiten dar. Es ist darum hier auch nicht selten der Fall gewesen, daß beide Sachverständige erst nach längerem gemeinsamen Beraten und Erwägen zu einem bestimmten Gutachten gelangt sind, und trotz der entstehenden Kosten sind schon ziemlich häufig beide Sachverständige auch zu der mündlichen Gerichtsverhandlung, die außerhalb ihres Wohnortes stattfand, zugezogen worden.

Die Ernennung zweier Sachverständiger erscheint notwendig auch deshalb, weil ein Sachverständiger plötzlich behindert sein kann. Unter Behinderung ist nicht nur zu verstehen, daß der Sachverständige unerwartet eine Reise ausführen muß oder daß er erkrankt oder dergl., sondern auch jede vorübergehende Abwesenheit von der Anstalt. Treten doch bei Geisteskranken plötzlich allerlei Veränderungen auf wie Krämpfe, Verwirrtheits- und Erregungszustände, die mitunter nur von kurzer Dauer sind, die aber die sofortige Beobachtung und Untersuchung durch den Arzt erfordern. Letztere ist besonders geboten bei Simulanten, die sich gern zu ihren Versuchen, sich krank zu stellen, eine Zeit auswählen, in welcher der Arzt schwer zu erreichen oder in der er, wie sie wissen, in der Anstalt nicht anwesend ist. Sind zwei Sachverständige ernannt, so ist es viel eher möglich, daß einer von ihnen die sofort notwendige Beobachtung ausführt, von der die ganze Beurteilung des Falles abhängen kann. Zwei Sachverständige werden auch stets in der Lage sein, durch Teilung der Arbeit das meist sehr umfangreiche Gutachten früher zu erstatten, als es durch e i n e n Sachverständigen der Fall sein kann. Hierdurch wird immer eine erhebliche Verkürzung des gerichtlichen Verfahrens herbeigeführt werden.

Wenn eingewendet wird, daß bisher an vielen Irrenanstalten in den weitaus meisten Fällen die Ernennung e i n e s Sachverständigen zum Ziele geführt hat, so ist darauf zu erwidern, daß der e i n e Sachverständige sich zweifellos oft mit seinen Kollegen über die schwierigen Fälle, die er zu begutachten hatte, besprochen und sie um ihre Meinung befragt hat. Die Kollegen werden ihn gern mit ihrem Rat unterstützt haben, aber sie haben dadurch unentgeltlich eine Arbeit geleistet, die eigentlich dem zweiten Sachverständigen zugefallen wäre, dessen Ernennung noch notwendig gewesen wäre. Es ist vielfach die Ernennung nur e i n e s Sachverständigen verlangt worden, weil man annahm, daß nur die Bezahlung des einen zugestanden würde, und man hat sich mit Ergebung in die Sachlage gefügt.

Durch die Zuziehung zweier Sachverständiger werden selbstverständlich die Kosten wesentlich höher sein, als wenn nur e i n Sachverständiger die Beobachtung ausführt. Aber es kann nicht verlangt werden, daß, um die Gerichtskosten zu vermindern, e i n Irrenarzt die Arbeit leistet, die notwendigerweise auf zwei Sachverständige verteilt werden muß. Ist doch bisher noch nie bemängelt worden, daß die Kosten für gerichtliche Sektionen zu hoch wären. Mit größerem Rechte dürfte man vielleicht verlangen, daß bei der

Ausführung einer gerichtlichen Leichenöffnung nur ein Kreisarzt anwesend wäre, der zugleich das Sezieren der Leiche und das Diktieren des Protokolls besorgen könnte. Belaufen sich doch die Kosten einer Sektion auf dem Lande, bei der zugleich zwei Kreisärzte, ein Richter und ein Gerichtsschreiber zugegen sind, die aber nur zwei bis drei Stunden dauert, ungefähr ebenso hoch, wie die durch eine Beobachtung eines Untersuchungsgefangenen entstehenden, der in einer öffentlichen Irrenanstalt von zwei Sachverständigen während eines Zeitraums von sechs Wochen in einer größeren Anzahl von Vorbesuchen beobachtet wird. Hier im Osten wird als zweiter Sachverständiger bei gerichtlichen Leichenöffnungen stets der Kreisarzt eines benachbarten Kreises zugezogen, obwohl es nach den gültigen Bestimmungen zulässig ist, daß jeder praktische Arzt die Stelle des zweiten Sachverständigen versieht. Der Umstand, daß in diesen Fällen stets zwei Kreisärzte bei Sektionen tätig sind, verteuert unnötigerweise das Verfahren. Wenn in diesen Fällen der Kostenpunkt keine Rolle spielt, darf es den Irrenärzten nicht verdacht werden, daß sie eine angemessene Vergütung für ihre Arbeit beanspruchen.

Die Zahl der Vorbesuche zu bestimmen, die auszuführen sind, muß in jedem Falle dem Ermessen des Sachverständigen überlassen bleiben. In den Aufnahmebedingungen muß außerdem für die richterliche Behörde die Verpflichtung enthalten sein, daß diese Zahl auch unter allen Umständen bezahlt wird. Denn sonst kann der Sachverständige die Erfahrung machen, daß ihm durch eine „berufene Stelle“ ein Teil der Vorbesuche oder auch sämtliche gestrichen werden. Hat doch ein Kollege die Gebühren für einige Vorbesuche mehrere Jahre, nachdem er sie ausgezahlt erhalten hatte, zurückerstatten müssen. Wie ich durch eine Anfrage bei Kollegen festgestellt habe, werden bei einer Anzahl Irrenanstalten Vorbesuche überhaupt nicht in Rechnung gestellt und es wird den Ärzten für die Beobachtung und schriftliche Begutachtung nur die Bezahlung des schriftlichen Gutachtens für *einen* Sachverständigen, aber nicht die der Vorbesuche zugestanden, beziehungsweise, sie wird von ihnen nicht verlangt.

Vielleicht ist von den Gerichten, welche die Bezahlung von Vorbesuchen verweigern, angenommen worden, daß die Irrenärzte bei ihren täglichen Besuchen auf der Abteilung auch die Untersuchungsgefangenen mit beobachten und deshalb keine besonderen Vorbesuche ausführen. Eine solche Annahme würde zeigen, wie wenig Verständnis den Schwierigkeiten und Mühen, denen sich der Gerichtspsychiater unterziehen muß, entgegengebracht wird. Eine derartige sorgfältige und häufige Untersuchung, wie sie bei Untersuchungsgefangenen notwendig ist, kann natürlich gelegentlich der ärztlichen Rundgänge nicht erfolgen. Außerdem liegt der Untersuchungsgefangene oft gar nicht auf einer Abteilung der zu Sachverständigen ernannten Ärzte. Daß aber diese Annahme, falls sie bestehen sollte, nicht auch auf die Kreisärzte angewendet wird, geht aus folgendem hervor.

Vor kurzem hatte ich die Akten eines Untersuchungsgefangenen in der Hand, dessen Beobachtung in der hiesigen Provinzialirrenanstalt gemäß § 81 St. P. O. durch einen Kreisarzt in der öffentlichen Gerichtsverhandlung beantragt war. Obwohl der Angeklagte in dem Gefängnis untergebracht war, dessen Gefängnisarzt dieser Kreisarzt war, hatte letzterer doch in Rechnung gestellt, zwei Vorbesuche zu je drei Mark und 1,50 Mark für das Studium der in diesem Falle wenig umfangreichen Akten. Das Gutachten erstattete er mündlich in der Gerichtsverhandlung, wofür er weitere sechs Mark Terminsgebühren erhielt. Da hier dem Kreisarzt die Vorbesuche und das Aktenstudium besonders bezahlt wurden, so muß es billigerweise auch den Irrenärzten zugestanden werden, wenn sie in den Irrenanstalten, an denen sie angestellt sind, Untersuchungsgefangene auf ihren Geisteszustand beobachten sollen.

Wie bereits erwähnt, muß in den Aufnahmebedingungen ausdrücklich hervorgehoben sein, daß das Gericht verpflichtet ist, alle ausgeführten notwendigen und in Rechnung gestellten Vorbesuche zu bezahlen. Es kann sonst der Fall eintreten, daß diejenige berufene Stelle, welche die ärztlichen Kostenrechnungen darauf hin zu prüfen hat, ob sie nach den geltenden Bestimmungen aufgestellt sind, eine Anzahl Vorbesuche oder gar sämtliche absetzt.

Als eine berufene Stelle, die über die Notwendigkeit der in Rechnung gestellten Vorbesuche zu entscheiden hätte, würde zunächst nur eine solche anerkannt werden können, die mit einem Irrenarzt besetzt ist, welcher eine langjährige Tätigkeit an einer öffentlichen Irrenanstalt hinter sich hat, und welcher oft Untersuchungsgefangene auf ihren Geisteszustand gemäß § 81 St. P. O. untersucht hat. Es muß bezweifelt werden, daß die berufenen Stellen in dieser Hinsicht über die notwendige Erfahrung verfügen. Aber selbst wenn es der Fall wäre, so kann darüber, wieviele Vorbesuche zur Beurteilung des Geisteszustandes eines Untersuchungsgefangenen notwendig sind, im einzelnen Falle immer nur derjenige ein richtiges Urteil fällen, welcher den Fall selbst eingehend untersucht und seine Schwierigkeiten genau kennen gelernt hat. Es

wird daher auch keinem irrenärztlichen Sachverständigen angesonnen werden können, daß ihm die ohnehin schon mangelhafte Bezahlung seiner mühevollen spezialärztlichen Gutachtertätigkeit noch weiterhin gekürzt wird.

Die Zahl der Vorbesuche, die zur Begutachtung eines Untersuchungsgefangenen erforderlich sind, richtet sich ganz nach der Schwierigkeit des Falles und danach, ob der zu Untersuchende oft durch Krämpfe oder andere plötzlich eintretende Veränderungen in seinem Zustand eine häufige sofortige Untersuchung notwendig macht. Abgesehen von ganz leicht zu beurteilenden Fällen, die jedoch nur ausnahmsweise zur Aufnahme in den Irrenanstalten kommen werden, wird man bei sechswöchiger Beobachtung als Mindestzahl acht Vorbesuche gelten lassen müssen. Der Untersuchungsgefangene muß sofort am Tage der Aufnahme einer gründlichen Untersuchung seines Geisteszustandes unterzogen werden, er wird am Tage darauf einer genauen Körperuntersuchung unterworfen werden und alsdann wird er ungefähr alle acht Tage, also am Ende jeder der sechs Wochen, über welche die Beobachtung sich erstreckt, untersucht werden müssen. In Fällen, die einige Schwierigkeiten darbieten, wird man mit acht Vorbesuchen wohl kaum auskommen und in anderen, bei denen sich oft plötzliche Veränderungen ihres Zustandes einstellen oder bei geriebenen Simulanten oder wo, wie hier im Osten Deutschlands, die Untersuchung bei einem polnisch sprechenden Untersuchungsgefangenen nicht selten erst mit Hilfe eines Dolmetschers geführt werden muß und dadurch sehr in die Länge gezogen wird, wird man eine größere Zahl von Vorbesuchen ausführen müssen. Wie hoch die Zahl der letzteren unter Umständen ansteigen kann, beweist eine Mitteilung von Professor Hoche-Freiburg i. Br., der in seiner Broschüre: „Welche Gesichtspunkte hat der praktische Arzt als psychiatrischer Sachverständiger in strafrechtlichen Fragen besonders zu beachten?“ angibt, daß er in einem Falle 25 Vorbesuche vom Gericht bezahlt erhalten hat.

Daß die Zahl der von Irrenanstaltsärzten in Rechnung gestellten Vorbesuche oft eine zu niedrige gewesen ist, liegt in den weitaus meisten Fällen daran, daß, obgleich eine größere Anzahl Vorbesuche, als in Rechnung gestellt wurde, tatsächlich ausgeführt ist, doch nur eine kleinere Zahl, oft wohl nur drei Stück, zur Bezahlung angegeben wurde, in der Annahme, daß von dem Gerichte eine größere Anzahl nicht bezahlt werden würde.

Von den Irrenärzten ist die Bezahlung für die Beobachtung und Begutachtung eines Untersuchungsgefangenen stets als eine viel zu geringe empfunden und immer ist die Klage darüber geführt worden, daß die Entlohnung der irrenärztlichen Gutachtertätigkeit weit hinter den berechtigten Ansprüchen zurückbleibt. Als höchster Satz, der für ein schriftliches Gutachten in Rechnung gestellt werden darf, sind 24 Mark zulässig. Niemand wird behaupten können, daß die bei der Anfertigung eines solchen, das stets von großem Umfange ist, aufgewendete Mühe und Arbeit dadurch auch nur annähernd bezahlt ist. In diese Summe einbegriffen ist ferner die Bezahlung für das Studium der meist sehr umfangreichen Untersuchungsakten, obwohl doch nicht selten mehrere Stunden allein dazu notwendig sind, um die übersendeten Akten nur einmal durchzulesen. Einbegriffen in diese 24 Mark ist außerdem die Bezahlung dafür, daß fast in jedem Falle eine Anzahl Schriftstücke durch die Sachverständigen anzufertigen sind, in denen über das Vorleben der zu Untersuchenden bei ihren Eltern, Lehrern und früheren Arbeitsgebern, in Krankenhäusern, in denen sie sich bereits aufgehalten haben, bei Gefängnisvorständen u. dergl. Erkundigungen eingezogen werden müssen. Es ist hier auch vorgekommen, daß bei der gerichtlichen Vernehmung von Zeugen am hiesigen Orte, die auf Antrag der Sachverständigen über wichtige Dinge noch Aufschluß geben sollten, den Sachverständigen von dem Termin der Vernehmung Mitteilung gemacht wurde, mit dem Hinzufügen: „Sie haben das Recht, der Vernehmung beizuwohnen.“ Eine besondere Vergütung für die Teilnahme an solchen Terminen, die natürlich nur im Interesse der Untersuchung des vorliegenden Falles erfolgte, wurde nicht gewährt. Es sind ferner von den hiesigen Anstaltsärzten wiederholt über das Vorleben von Untersuchungsgefangenen, die zur Beobachtung hierher überwiesen waren und die aus dem Kreise Schwetz stammten, persönlich in deren Wohnorten bei ihren Verwandten, Lehrern und dergl. Nachforschungen angestellt worden, ohne daß dafür eine Bezahlung verlangt worden ist.

Auch die Gebühren für die Vorbesuche, die auf drei Mark festgesetzt sind, müssen als niedrig bezeichnet werden. Die Dauer eines solchen beträgt mindestens $1^1/_2$ Stunde. In diese Zeit einbegriffen ist der Weg von der Wohnung des Sachverständigen zur Krankenabteilung, in welcher der Untersuchungsgefangene sich aufhält, und der Rückweg. Es ist ferner angenommen, daß bei den Vorbesuchen alle Fragen und Antworten schriftlich aufgezeichnet werden, was nach meinen Erfahrungen dringend notwendig ist. Die Stunde (Versäumnis und Arbeit) wird also mit zwei Mark höchstens bezahlt. Eine solche Bezahlung

für die Tätigkeit eines Arztes, der nach seiner Staatsprüfung noch jahrelange Studien in seinem Sonderfach getrieben hat, ist zweifellos ungenügend. Außerdem ist bisher bei der Bewertung der irrenärztlichen Gutachtertätigkeit ganz unberücksichtigt gelassen, daß es sich dabei um eine spezialärztliche Beobachtung und Begutachtung handelt. Unberücksichtigt ist ferner geblieben, daß diese spezialärztliche Tätigkeit erst in schwierigen Fällen eingetreten ist, nachdem die Gerichtsärzte versagt hatten.

Die Beträge, welche die Irrenärzte für ihre überaus zeitraubende und mühevolle Tätigkeit bei der Begutachtung eines Untersuchungsgefangenen in Rechnung stellen dürfen, sind oft beschämend niedrig im Vergleich zu den Summen, die man gelegentlich in den Gerichtsakten anstandslos zur Bezahlung angewiesen findet für das Gutachten eines Gerichtschemikers oder für das eines Bücherrevisors, der für jede von ihm geleistete Arbeitsstunde zwei Mark bezahlt erhält.

Hervorgehoben sei noch, daß die Ärzte der städtischen und Provinzialirrenanstalten Preußens, ebenso wie alle praktischen Ärzte nur dieselben Sätze vor Gericht beanspruchen dürfen, wie die Kreisärzte, obwohl letztere doch nebenbei schon vom Staate einen Gehalt beziehen und auch sonst als unmittelbare Staatsbeamte noch weitere Vorteile genießen.

Daß in den gestellten Bedingungen auch die Namen der Ärzte, welche als Sachverständige die Beobachtung und Begutachtung der Untersuchungsgefangenen übernehmen sollen, angeführt werden müssen, hat zunächst seinen Grund darin, daß es ausgeschlossen ist, daß ein anderer als ein Anstaltsarzt, etwa der zuständige Kreisarzt zum Sachverständigen ernannt wird. Dann aber sind die Namen der Anstaltsärzte Richtern auswärtiger Gerichte nicht bekannt und es sind seitens der Leiter der westpreußischen Irrenanstalten immer Ärzte als Sachverständige vorgeschlagen worden, die voraussichtlich in der sechswöchigen Beobachtung weder durch Urlaub noch durch andere Umstände verhindert sein würden.

In diesen Ausführungen soll eine Anregung dazu gegeben werden, daß bisher unbefriedigte Wünsche der Irrenärzte ihrer Erfüllung näher gebracht werden. Unter allen Umständen muß zunächst dahin gestrebt werden, daß jeder Arzt diejenige Anzahl Vorbesuche bezahlt erhält, die er für notwendig zur Beurteilung des ihm übertragenen Falles hält und die er auch tatsächlich ausgeführt hat. Wer sich seine Arbeit nur zur Hälfte oder gar noch geringer bezahlen läßt, muß es sich gefallen lassen, daß der Wert der von ihm geleisteten Arbeit um eben soviel geringer angeschlagen oder geschätzt wird. Das Ziel angemessener Bezahlung der Begutachtung Untersuchungsgefangener in Bezug auf ihren Geisteszustand wird bestimmt erreicht werden, sobald alle Irrenärzte sich nur dann zur Übernahme derartiger Fälle bereit erklären, wenn ihnen vorher annehmbare Bedingungen zugesichert werden. Wird doch weiter nichts verlangt, als die entsprechende Vergütung und Anerkennung einer mühevollen, zeitraubenden Arbeit, deren sorgfältige Ausführung von größter Wichtigkeit für die Allgemeinheit ist und die hohe Verantwortung mit sich bringt.

Diaethylbarbitursäure statt Veronal.

Von Dr. *Hermann Schmidt*, Irrenanstalt Dalldorf.

Die von Luther[1]) und van Husen[2]) ausgesprochene Vermutung, daß sich das Original-Veronal wegen seines hohen Preises nicht einbürgern würde, hat sich bestätigt. Wie zu erwarten war, haben andere Fabriken dieselbe Substanz unter ihrem wissenschaftlichen Namen in den Handel gebracht und die Abnehmer damit in die Lage versetzt, nicht den Schutz des Wortes „Veronal" bezahlen zu müssen. Dies ist die „Diaethylbarbitursäure", die auch von den Höchster Farbwerken erzeugt wird. Außerdem hat die Firma Sieber in Attisholz bei Soloturn ein billiges Schlafmittel „Malonal" eingeführt. Dies soll ebenfalls mit dem Veronal chemisch identisch sein, was aber von anderer Seite bestritten wird, zumal Dobrschansky[3]) festgestellt hat, daß das Mittel etwas stärker wirkt als das Originalpräparat.

Während D. die stärkere Wirkung des Malonals durch eine abweichende Darstellungsmethode zu erklären sucht, äußert sich von Mering[4]) darüber: „Es ist eine längst bekannte Tatsache, daß schon ganz minimale Verunreinigungen dieses Körpers (d. h. des Veronals), die chemisch weder durch den Schmelzpunkt noch in genügender Weise durch die Elementaranalyse zum Ausdruck kommen, durch eine Differenz in der Wirkung sich bemerkbar machen. Mit andern Worten, ein auch nur spurenweis verunreinigter

Diaethylmalonharnstoff wirkt stärker bezw. giftiger. Nur auf diese Weise kann man . . . . . eine verständige Erklärung finden . . . . . Da diese Verunreinigungen nur vom Zufall abhängen, kann die Wirkungsweise des neuen Körpers keineswegs gleichmäßig sein . . . . . Nur zwei Firmen können infolge ihrer Betriebseinrichtungen und ihrer langjährigen Erfahrung Veronal von absoluter Reinheit in den Verkehr bringen. Davon aber, daß Malonal und ähnliche Veronalprodukte bedenkliche Nebenwirkungen entfalten können, habe ich mich durch Tierversuche und am Krankenbett überzeugt." Soweit von Mering. Demgegenüber bleibt Dobrschansky[5]) bei seiner Behauptung, daß er keine schädliche oder auch nur ungleichmäßige Wirkung des Malonals beobachtet habe. Ebenso spricht sich Ebersbach[6]) sehr lobend über Malonal aus.

Die Mering-sche Beweisführung leuchtet mir jedenfalls nicht ein, insbesondere nicht, soweit daraus eine geringere Wertschätzung für das Malonal hergeleitet werden soll. Die in der Literatur beschriebenen vielen unangenehmen Nebenwirkungen des Original-Veronals lassen mit demselben Recht Zweifel an der „absoluten Reinheit" (im Meringschen Sinne) aufkommen.

Abgesehen von mehreren Mißerfolgen, die ich während meiner Krankenhaustätigkeit zu beobachten Gelegenheit hatte, besitze ich persönlich keine Erfahrungen über das Original-Veronal, so daß ich auf die in der Literatur niedergelegten Beobachtungen verweisen muß.

Während in vielen Fällen nach Tagesdosen von ca. 4 bis 8 g Veronalvergiftung angegeben ist, fand Davids[12]):

Nach 1/4 g am andern Tage Müdigkeit. Nach 1 g fiel Patientin auf dem Korridor um.

Kuhn[13]):

Nach 0,5 g abends nach einigen Tagen juckendes Exanthem am Gesicht und Oberkörper, starke Schwellung und Blasenbildung an Mund- und Rachenschleimhaut, Fieber, Kopfschmerz, Eingenommenheit. Heilung nach neun Tagen.

Oppenheim[14]):

Nach 0,5 g Benommenheit, Verwirrung, Schwäche.

Poly[15]):

Nach 0,5 g gewisse Schläfrigkeit und Müdigkeit.

Die u. a. von Abraham[9]) in unserer Anstalt beobachteten Nebenerscheinungen wurden noch in jüngster Zeit von Zengerly[10]) bestätigt: „ferner dürfte die Gefahr der Gewöhnung an das prompt wirkende Mittel nicht zu unterschätzen sein, war doch das Aussetzen des Präparates bei schlafmittelsüchtigen Kranken mit großen Schwierigkeiten verknüpft; dazu gesellt sich der Übelstand, daß es bei längerem Gebrauche in manchen Fällen schädlich wirkte. Aber auch schon bei geringen Dosen nach einmaliger Anwendung wurden am folgenden Tage Klagen über Benommenheit, Übelkeit, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen vorgebracht; auch wurden mehrfach Hautaffektionen beobachtet. Zu den bisher veröffentlichten Fällen der letzteren Art — zur Hand liegen mir eben neun, von denen sieben als Exanthem geschildert werden — möchte ich zwei weitere aus der hiesigen Anstalt hinzufügen."

Von Topp[7]) und Cohn[8]) wird ein Teil der unangenehmen Nebenwirkungen durch eine fehlerhafte Darreichungsart erklärt. Diese fanden nämlich, daß Veronal in trockener Form oder nur suspendiert gegeben, leicht schädliche Eigenschaften entwickelt.

Auf Grund der Erfahrungen von Abraham[9]) wurde „Veronal" in unserer Anstalt längere Zeit kaum verordnet, bis es in jüngster Zeit doch wieder, und zwar in Form der Diaethylbarbitursäure „Höchst" zur Anwendung kam. Ich ging mit ziemlicher Skepsis vor, jedoch konnte ich bei einem Verbrauch von ca. 3 kg auf meiner Station bis jetzt keine unangenehmen Nebenerscheinungen oder auch nur ungleichmäßige Wirkungen konstatieren. In der ganzen Zeit wurde nur ein Exanthem bei einem Paralytiker beobachtet. Derselbe hatte 13 Tage lang, täglich abends 1,0 Diaethylbarbitursäure und seit 6 Tagen noch täglich abends 3,0 Paraldehyd bekommen. Das schwach rosa gefärbte Exanthem erstreckte sich über den ganzen Körper und ließ nur die Unterschenkel frei. Die einzelnen Flecke waren von Linsengröße, überragten nicht die Hautoberfläche und grenzten sich scharf voneinander ab. Kratzeffekte, die auf Juckreiz hätten schließen lassen, waren nicht zu sehen. Nachdem das Schlafmittel ausgesetzt war, verblaßte der Ausschlag innerhalb zwei Tagen.

Markuse, der sich in mündlicher Mitteilung auch sehr lobend über die Diaethylbarbitursäure ausspricht, beobachtete auf seiner Abteilung ein Exanthem, das unter Fieber und großer Störung des Allgemeinbefindens auftrat und erst nach drei Wochen abgeheilt war. Diese Kranke hatte 36 Tage lang abends 0,5 g von der Diaethylbarbitursäure bekommen und neigte zur Verstopfung.

Demgegenüber haben viele Kranke die Diaethylbarbitursäure auch bei längerer Anwendung gut vertragen. So z. B. befinden sich auf meiner Abteilung Kranke, die 82 g Diaethylbarbitursäure in 106 Tagen

(bei gelegentlichem Aussetzen des Mittels) ohne irgend welche Störung genommen haben.

Auch möchte ich nicht unerwähnt lassen, daß die Diaethylbarbitursäure kein unfehlbares Mittel bei der Behandlung von Geistesstörungen ist, so daß man bei stärkeren Erregungszuständen immer noch zur Hyoszinspritze greifen muß. Aber die Diaethylbarbitursäure leistet unseres Erachtens ebensoviel, wenn nicht mehr als Trional und Sulfonal, die beide doch äußerst unangenehme Nebenwirkungen entfalten können.

Nach unseren Erfahrungen hat sich Acid. diaethylbarbituricum namentlich in Verbindung mit Paraldehyd sehr gut bewährt. Die höchste Gabe betrug 1,5 Acid. diaethylbarbituric., in warmer Milch gelöst, und 5,0 Paraldehyd (in Ol. Olivar.). Meistens kamen wir mit 0,5 und 1,0 Acid. diaethylbarbituric. aus.

Über die von Bernhardt[11]) erwähnte gleichzeitige Verabreichung von Morphin besitze ich keine Erfahrung.

Last not least ist die Preisdifferenz zwischen Original-Veronal und der ihm chemisch genau identischen Diaethylbarbitursäure „Höchst" ein gewichtiger Faktor, der sehr für die Einführung des bedeutend billigeren Mittels in Anstalten und in der Praxis spricht. Der Preis beträgt z. Z. für 1 kg Veronal 165 M., während Acid. diaethylbarbituric. sich auf 120 M. stellt. Nach einer Mitteilung, die ich unserm Anstaltsapotheker verdanke, kostet in der Rezeptur 1 g Veronal 0,50 M. und 10 g 3,90 M. und 1 g Acid. diaethylbarbituric. 0,35 M. und 10 g 2,80 M.

Literatur:

1. Luther: Veronal. Diese Wochenschrift, 1903, Nr. 28.
2. van Husen: Über Veronal. Diese Wochenschrift, 1904, Nr. 6.
3. Dobrschansky: Malonal. Wiener med. Presse, 1906, Nr. 42.
4. von Mering: Über Malonal. Wiener med. Presse, 1907, Nr. 5.
5. Dobrschansky: Erwiderung. Wiener med. Presse, 1907, Nr. 5.
6. Ebersbach: Das Malonal, ein neues Schlafmittel. Wiener med. Presse, 1906, Nr. 10.
7. Topp: Die Verordnung des Veronals. Therap. Monatshefte, Mai 1907.
8. Cohn: Die Verordnung des Veronals. Ibidem.
9. Abraham: Über Versuche mit Veronal bei Erregungszuständen der Paralytiker. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1904, Seite 176.
10. Zengerly: Zwei Fälle von Veronal-Exanthem. Straßburger med. Zeitung, 1907, Seite 45.
11. Bernhardt: Behandlung von Geisteskranken im Hause bis zu deren Aufnahme in die Irrenanstalt. Ärztl. Praxis, 1907, Nr. 12.
12. Davids, H.: Einige Beobachtungen über Veronal. Berl. klin. Wochenschrift 1904, Nr. 21.
13. Kulm, J.: Et Tilfaelde af Veronalvergiftning. Hospitaltidende. 1905, Nr. 2.
14. Oppenheim: Verhandlungen der Berliner medizinischen Gesellschaft. Berlin. klin. Wochenschrift, 1903, Nr. 21.
15. Poly: Über die therapeutische Bedeutung des neuen Schlafmittels Veronal. Münch. med. Wochenschrift, 1903, Nr. 20.

Mitteilungen.

— Ein neuer Gegenstand der psychiatrischen Lehrtätigkeit ist unseren akademischen Kollegen in der **Religionspathologie** erwachsen. Voraussichtlich schon in den nächsten Semestern wird mit Vorlesungen darüber begonnen werden. Daß dabei von der normalen Religionspsychologie ausgegangen werden muß, bedarf keiner besonderen Erörterung. Von den nicht gerade zahlreichen Werken, welche den Vorlesungen zu Grunde gelegt werden können, empfehle ich in erster Reihe die eben erschienene, von G. Wobbermin besorgte Übersetzung des allerdings noch mancher Korrektur vom medizinischen Standpunkte bedürfenden Buches von William James: Die religiöse Erfahrung in ihrer Mannigfaltigkeit. (Leipzig, J. C. Hinrichsche Buchhandlung.) Wobbermin hat dem Buche den sehr treffenden Untertitel: „Materialien und Studien zu einer Psychologie und Pathologie des religiösen Lebens" gegeben. Weiter empfehle ich: Murisier, Les maladies du sentiment religieux; E. D. Starbuck, The Psychology of Religion, London 1901; J. Moses, Pathological aspects of religions, Supplementheft des American Journal of Religions Psychology and Education, 1906; Leuba, Introduction to a psychological Study of Religion (The Monist, vol. XI. Jan. 1901); A. Marie, Mysticisme et folie, Paris, 1907; für das Studium der Beziehungen der Religion zum Sexualleben besonders das bekannte Werk von Bloch und das von Forel. Die Literatur über Mystik, Sekten, abnorme religiöse Bewegungen in der Vergangenheit, setze ich als bekannt oder leicht auffindbar voraus. Ebenso wie die obige amerikanische Zeitschrift bringt die deutsche „Zeitschrift für Religionspsychologie" viel Einschlägiges. Bresler.

— Zum Kapitel: **Unterbringung geisteskranker Verbrecher** möge noch folgendes Vorkommnis, das

sich im verflossenen Winter in einer Berliner Irrenanstalt ereignete, mitgeteilt werden nach den Aussagen, die der wieder ergriffene Einbrecher Paul Bender bei seinem Verhör durch die Kriminalpolizei gemacht hat (Berliner Tageblatt vom 28. Jan. 1907). Er erzählte ausführlich, wie er aus der Anstalt herausgekommen sei. Bender und Kirsch sind, was von vornherein zu vermuten war, von außen her befreit worden. Der Befreiungsplan galt zuerst nur Kirsch; daß auch Bender flüchten konnte, verdankt er einem Zufall. Kirsch wurde einige Tage vor der Flucht eine andere Zelle zugewiesen, und Bender erhielt dessen alte. Eines Abends wurde plötzlich dessen Zelle aufgeschlossen. Es war kurz nach dem Abendbrot. Bender war überrascht, zwei maskierte Männer vor sich zu sehen. Diese musterten ihn, waren enttäuscht, nicht Kirsch zu finden, und wollten die Tür schließen. Bender übersah sofort die Lage und bestand darauf, daß man ihn mitnehme, sonst werde er brüllen, daß die ganze Anstalt es höre. Den Maskierten blieb nichts übrig, als ihm den Willen zu tun. Sie schlossen seine Zelle hinter ihm wieder zu, ließen sich von Bender zeigen, wo Kirsch wohnte, befreiten auch diesen und gingen nun mit beiden an ein Fenster, dessen Sicherungsstäbe schon mit einer Zange durchgekniffen waren. Einer nach dem andern stieg durch das Fenster nach dem Anstaltsgarten hinaus. Durch einen leisen Pfiff wurde man auf die Stelle hingewiesen, an der ein Helfershelfer mit einer Strickleiter auf der Mauer saß. Draußen wurde Kirsch von zwei Frauenzimmern empfangen. Diese brachten ihm Kleider, die er sofort an Ort und Stelle mit der Anstaltskleidung vertauschte. Bender erhielt nur einen überschüssigen Rock. Nach der Verkleidung ließ die Gesellschaft ihn stehen und verschwand. Er mußte sich seinen Weg selbst suchen und ging zunächst nach der Anklamerstraße zu zwei Freunden, die er von früher kannte, und die ihn auch in Herzberge besucht hatten. Zum Dank dafür nahm er dann ihre Ausweispapiere fort.

— **Anstellung von Abteilungsärzten an den Hamburger Irrenanstalten.** Die Hamburger Irrenanstalten, die schon seit längerer Zeit bei der Besetzung ihrer Assistenz- und Hilfsarztstellen mit Schwierigkeiten zu kämpfen hatten, leiden neuerdings unter einem Ärztemangel, der die ordnungsmäßige Behandlung der in den Anstalten untergebrachten Kranken zu gefährden geeignet ist. An der Irrenanstalt Friedrichsberg sollen außer dem Direktor drei festangestellte Oberärzte, ein Prosektor, sechs Assistenzärzte und zwei Hilfsärzte, an der Irrenanstalt Langenhorn außer dem Direktor zwei festangestellte Oberärzte und drei Assistenzärzte tätig sein. Trotzdem die erledigten Stellen in verschiedenen medizinischen Zeitschriften wiederholt ausgeschrieben worden sind, waren seit April d. J. in Friedrichsberg vier Assistenz- und die beiden Hilfsarztstellen, in Langenhorn eine Assistenzarztstelle unbesetzt, und erst vor kurzem ist es gelungen, drei Assistenzärzte zu gewinnen. Der Senat erachtet die tunlichst baldige Schaffung der vom Krankenhauskollegium erbetenen Abteilungsarztstellen für erforderlich und beantragt demnach, die Bürgerschaft wolle es mitgenehmigen, daß an der Irrenanstalt Friedrichsberg zwei und an der Irrenanstalt Langenhorn eine Abteilungsarztstelle der Gehaltsklasse 14 des allgemeinen Gehaltsplanes (5200 bis 7000 M.) neu geschaffen, in das Budget für 1907 nachträglich eingestellt werden: Art. 126, Rubr. 1a: zwei Abteilungsärzte, für drei Monate 2600 M., Art. 127, Rubr. 1a: ein Abteilungsarzt, für drei Monate 1300 M. (Hamburger Nachrichten, 29. 9. 07.)

Referate.

— Maria Bashkirtseff, Tagebuchblätter und Briefwechsel mit Guy de Maupassant. Deutsche Übersetzung von Julia Virginia. Vierte Auflage. Berlin und Leipzig, Hermann Seemann Nachfolger. 248 S.

Der zweite Teil des Buches, der Briefwechsel mit dem bekannten Novellisten, trägt die Überschrift: Ein platonisches Idyll, weil die beiden Korrespondierenden sich nie persönlich kennen lernten. Er wird für den Leser im allgemeinen der anziehendere sein. Sexuelle Probleme werden aber hier — wie man vielleicht voraussetzen könnte — nicht erörtert.

Im ersten Teil, in den Tagebuchblättern, läßt uns eine Frühdahingeschiedene, die vom Geschick durch gesellschaftliche Stellung, Reichtum, körperliche Vorzüge und eine vielseitige künstlerische Begabung in außergewöhnlichem Maße bedacht wurde, Einblicke in ihr Inneres tun. Einige neuropathische Züge: ein Überwiegen der Phantasietätigkeit, ein Hang zum Mystischen und zum Aberglauben, tiefer Weltschmerz neben gesteigertem Selbstbewußtsein, Schlaflosigkeit, Depressionen, Alpdrücken, Halluzinationen, werden von dem geistig frühreifen Mädchen an sich selber festgestellt oder sprechen zu uns aus seinen Aufzeichnungen. Die Vermutung liegt nahe, daß wir eine dégénérée supérieure vor uns haben.

Horstmann.

Personalnachrichten.

— **Aplerbeck i. Westfalen.** Dr. Schoenen verließ seine Stelle als Assistenzarzt, um in die Praxis zu gehen. An seine Stelle trat approb. Arzt Pforte.

Direktor Dr. Backenköhler erhielt den Charakter als Sanitätsrat.

— **Heilanstalt Pfullingen.** Die Assistenzärzte Dr. Käsbohrer und Dr. Thurn sind am 30. Sept. aus der hiesigen Anstalt ausgetreten.

— **Irrenanstalt Friedrichsburg.** Dr. med. Karl Johannes Hobohm und Dr. med. Paul Max Hagen sind am gestrigen Tage als Assistenzärzte in den Dienst der diesseitigen Anstalt getreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 30. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt,** Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **G. Anton,** Halle. Prof. Dr. **Bleuler,** Zürich. Direktor Dr. **van Deventer,** Amsterdam. Prof Dr. **L. Edinger,** Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt,** Geh Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini,** Rom. Direktor Dr. **Morel,** Mons (Belgien.) Direktor Dr. **v. Olah,** Budapest. Direktor Dr. **Ritti,** St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss,** Wien. Prof. Dr. **Ernst Schultze,** Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer,** Giessen. Direktor Dr. **Urquhart,** Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt,** Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Heil- und Pflege-Anstalt Waldbröl (Rheinland).

Die Stelle des **3. Assistenzarztes** ist sofort zu besetzen. Psychiatrische Vorbildung ist erwünscht, aber nicht erforderlich.

Anfangsgehalt 1800 M. bei freier Beköstigung I. Klasse, freier Wohnung, Licht, Heizung und Wäsche.

Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf baldigst erbeten an

Direktor Dr. Görlitz.

An hiesiger Heilanstalt für Geisteskranke ist die Stelle einer

Oberpflegerin

zum 1. November ds. Js. zu besetzen.

Neben freier Station I. Klasse kann eine Jahresvergütung von 500 M. anfangend, allmählich bis 1000 M. steigend, sowie nach mindestens 5 jähriger einwandfreier Dienstzeit die Aussicht auf Ruhegehalt gewährt werden.

Geeignete Bewerberinnen wollen sich unter Vorlage eines selbstgeschriebenen Lebenslaufs und etwaiger Zeugnisse bei Unterzeichnetem melden.

Marburg, den 7. Oktober 1907.

Der Direktor der Landesheilanstalt:
Prof. Dr. **Tuczek,**
Geheimer Medizinalrat.

An der städt. Irrenanstalt **Frankfurt a. M.** ist zum 1. Januar oder früher eine

Assistenzarzt-Stelle

zu besetzen. Bareinkommen im 1. Jahr M. 1580 und im 2. Jahr M. 1780 pro Jahr, dabei freie Station I. Klasse. Jährlicher Krankenzugang 1500.

Meldungen zu richten an die Direktion.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Der Schlaf des Andern.

Eine naturwissenschaftliche Betrachtung über den Schlaf.

Von

Dr. med. **Paul Krontal,**
Nervenarzt in Berlin.

Preis M. 0,80.

Dormiol

Billiges, prompt wirkendes **Schlafmittel** in Dosen von 0,5 — 3,0 gr. Gut bekömmlich, **keine Nebenwirkungen** beobachtet. Dem **Chloralhydrat** an **Wirkung gleich ohne dessen Nachteile.**

Dormiol-Kapseln zu 0,5 gr.

Crurin	**Bismutose**	**Orexin**
Streupulver. Antisepticum und Adstringens zum äusserl. Gebrauch.	bewährtes Adstringens und Protectivum.	echtes Stomachicum **Orexin-Tabletten** und **Orexin-Chocol.-Tabletten.**

Litteratur durch: **Kalle & Co. A.-G., Biebrich a. Rh.**

Hartglasplatten zur Verglasung von

Unruhigen- und Tobzellen,

sowie für **Beobachtungsfenster**

infolge ihrer **grossen Widerstandsfähigkeit unbedingt zuverlässig,**

bei vielen Anstalten seit langen Jahren im Gebrauche, liefert **unter Garantie** billigst

Curt Zieger, Hartglasfabrik, **Dresden-A. 18.**

An der **Provinzial-Irrenanstalt bei Neustadt** a. d. Ostsee (Holstein) ist die Stelle eines

dritten Hilfsarztes

zu besetzen. Gehalt 2500 M. neben vollständig freier Station. Meldung mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion zu richten.

Kurhaus für Nerven- und Gemüthskranke

von Dr. Richard Fischer

Neckargemünd bei Heidelberg.

Comfortabel eingerichtete Heilanstalt in schönster Lage des Neckarthales, in unmittelbarer Nähe des Waldes und ausgestattet nach allen Anforderungen der modernen Psychiatrie — Gegründet 1898. Prospekte frei durch die Direktion.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Notwendige Reformen der Unfallversicherungsgesetze.

Nach einem auf der Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 1. Juni 1907 erstatteten Referate.

Von

Geh. Hofrat Prof. Dr. **A. Hoche,**
Freiburg i. Br.

Preis 0,75 M.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 30. 19. Oktober. **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Über Gefängnispsychosen.

Vortrag in der jurist.-psychiatr. Vereinigung in Zürich am 7. Juni 1907.

Von Dr. *Riklin*-Rheinau.

M. D. u. H.!

Bekanntlich ist der Verbrecher, wenn wir den Begriff nicht ganz nach dem Strafgesetz bilden — mit dem auch gelegentlich jemand in Konflikt geraten kann, der nicht verbrecherisch beanlagt ist — sondern im Sinne der Kriminalanthropologen — naturwissenschaftlich eng verwandt mit dem Geisteskranken. Beide weisen schwere Abnormitäten des Seelenlebens auf; die Verwandtschaft resp. die Zugehörigkeit der Verbrecher zu den geistig Kranken läßt sich auf Schritt und Tritt verfolgen und besteht nicht allein in der Ausübung des Verbrechens, sondern noch in einer Unmenge anderer geistigen und körperlichen Abnormitäten, in der gemeinsamen Belastung usf.

Es gibt auch viele Geisteskranke im landläufigen Sinn, die Verbrechen begehen, und zwar nicht etwa allein aus ganz bestimmten Verfolgungs- oder andern Wahnideen, sondern viele sind durch oder neben der bestehenden Geistesstörung Gewohnheitsverbrecher, die stehlen, trinken, vagabundieren, Sittlichkeitsdelikte begehen, sobald man sie sich selbst überläßt. Es gibt Leute, die von früh auf zwischen Gefängnis und Versorgungsanstalten verschiedener Natur pendeln und gewöhnlich definitiv in der Irrenanstalt landen.

Heute wollen wir es nur mit jenen Leuten zu tun haben, wo Haft und Psychose das gleiche Individuum betreffen, und in noch engerem Sinne mit Leuten, bei welchen geistige Störungen scheinbar oder wirklich erst in der Untersuchungs- oder Strafhaft ausbrechen. Nur bei diesen letztern ist der Name Gefängnis- oder Haftpsychose geläufig.

Dann kämen noch die Fälle in Betracht, wo unmittelbar nach der Haftentlassung und in einem nachweisbaren Zusammenhang damit geistige Störungen auftreten. Von letztern ist selten die Rede, aber sie kommen entschieden vor und einige Fälle sind mir bekannt.

Obwohl, wenigstens im Kanton Zürich, recht viele Untersuchungsgefangene, bei denen Zweifel an der geistigen Gesundheit auftauchen, zur psychiatrischen Begutachtung kommen und dadurch viele geisteskranke Verbrecher aus dem Strafvollzug ausgeschaltet werden, gibt es im Strafvollzug doch einen mehr oder weniger großen Prozentsatz Geisteskranker, der wechselt je nach der Gewissenhaftigkeit, Einsicht und Vorurteilslosigkeit des Landes und der Richter und je nachdem ärztliche Sachverständige mehr oder weniger zur Verwendung kommen und gehört werden.

Ohne Sie mit Zahlen zu belästigen, wie sie z. B. B. Penta*) aus vielen zuverlässigen Arbeiten gesammelt hat, ist diese Zahl im allgemeinen ganz bedeutend größer als man glaubt; sie steigt mancherorts bis zu 1/4 und 1/3 der Insassen! Und davon gehört weitaus die Mehrzahl zu denen, die vor der Verurteilung schon krank waren, also verbrecherische Geisteskranke sind, die nicht in den Strafvollzug gehörten, und nur die kleinere Zahl erkrankte wirklich erst in der Strafanstalt. Bekanntlich ist die Criminalität der Geisteskranken an und für sich bedeutend größer als die der Nichtgeisteskranken (dreimal so groß nach Scheven; cf. Penta).

Auch für unsere lokalen Verhältnisse ist diese Angelegenheit von Bedeutung. Ich weiß zwar leider nicht, wie viele Geisteskranke sich bei uns im Strafvollzug befinden. Aber daß es auch solche gibt, ist aus folgendem zu beweisen:

*) Die Simulation von Geisteskrankheit, mit einem Anhang: Die Geisteskrankheit in den Anstalten. Übersetzt von Rudolf Ganter. Würzburg, Hubers Verlag, 1906.

1. Namentlich von schwachsinnigen Verbrechern, welche zur psychiatrischen Begutachtung kommen, werden nicht alle exkulpiert, sondern manche doch bestraft, wobei ihnen mildernde Umstände wegen des Schwachsinns zugebilligt werden.

2. Bei den Fällen, welche früher oder später wegen akuter Symptome in die Irrenanstalt kommen, läßt sich oft nachweisen, daß sie schon vor ihrer Verurteilung geisteskrank waren. Es betrifft wohl am meisten Schwachsinnige und Kranke mit Dementia praecox.

An viele Gefängnisse werden wegen der Häufigkeit geistiger Störungen in der Haft Irrenabteilungen angegliedert, den darin Internierten wird dann dieser Aufenthalt in die Strafzeit eingerechnet.

Wenn es uns auch theoretisch widerstrebt, daß Geisteskranke in dieser Weise in der Strafhaft verbleiben, müssen wir doch den Vorteil dieser Institute hervorheben.

Die Irrenanstalten, welche durch Belastung mit Verbrechern oft genötigt sind, größere Sicherheitsmaßregeln zu treffen und die freie Behandlung einzuschränken, und auch unter dem schlechten Einfluß mancher derartiger Elemente leiden, werden entlastet.

Hingegen muß man sagen, daß durchaus nicht die aus den Gefängnissen kommenden Geisteskranken auch immer die Gefährlichen der Anstalt sind.

Zweitens aber ist der große Vorteil der, daß, wo solche Irrenabteilungen bestehen, der psychiatrische Dienst mit allen seinen günstigen Wirkungen in Übung ist.

Ein Vorteil ist auch der, daß eventuelle Simulation leichter nachgewiesen werden kann, und namentlich der, daß geisteskranke Elemente, welche die Disziplin der Anstalt enorm stören und leicht unzweckmäßige Brutalitäten provozieren, rasch aus dem gewöhnlichen Strafvollzug entfernt und zu sachverständiger Beobachtung und Behandlung auf die Irrenabteilung des Gefängnisses gebracht werden können.

Wenden wir uns den eigentlichen Haftpsychosen zu, jenen, wo auf Grund einer schon bestehenden Geistesstörung oder ohne vorhergehende manifeste Störungen plötzlich akute, schwere Symptome von Geisteskrankheit in der Haft auftreten.

Die Erfahrung zwingt uns zur Annahme, daß bestimmte Ursachen, namentlich affektiver Natur, Geisteskrankheit auslösen können, auch wenn wir uns hinter das begründete Argument verschanzen, daß die Betroffenen prädisponiert sind und bei nicht disponierten Gesunden dieselbe Ursache wohl auch bestimmte Gemütsreaktionen, aber keine Krankheit ausgelöst hätte.

Dann aber weisen viele Beobachtungen darauf hin, daß eine ausbrechende oder schon existierende Geisteskrankheit, namentlich in der ersten Zeit, wenn neue Krankheitsschübe eintreten, ihre Symptome der Umgebung anpassen. Es lassen sich viele Belege dafür aufzählen. Es wird sich also auch mit dem Gefängnis so verhalten. Ob also die Haft ursächlich eine Psychose auslöse oder in der Haft ein neuer akuter Schub eintritt, in beiden Fällen dürfen wir im allgemeinen Symptome erwarten, auf welche der Zustand der Haft abfärbt.

Sowohl Untersuchungshaft als namentlich die Strafhaft von langer Dauer sind Momente, die mit ihrem Drum und Dran das Seelenleben in hohem Maße beeinflussen, die lange Strafhaft kann auch auf das Geistesleben des hart gesottenen Gewohnheitsverbrechers intensiven Einfluß haben. Ich erwähne nur die Unsicherheit, Unruhe, Angst vor Entdeckung und Strafe, die Ungewißheit über den Ausgang und das Strafmaß, Sorge um Familie und Geschäft, die Sorge um das Nachher.

Aus den von Auer*) gesammelten Zeugnissen Entlassener geht jedenfalls hervor, daß im allgemeinen die Untersuchungshaft den Gefangenen viel schwerer drückt als die Strafhaft als fait accompli. Andererseits ist es die schwere Einsamkeit der Isolierhaft, die Monotonie, die vielen drückenden Momente des Gefängnislebens usf., welche besonders seelisch auf den Gefangenen einwirken.

Es ist bekannt, daß die Einsamkeit das Auftreten von Sinnestäuschungen besonders begünstigt, sowohl innerhalb als außerhalb des Gefängnisses. Ich erinnere daran, daß einsame Wanderungen, besonders in der Dunkelheit, das Wachtpostenstehen und ähnliche Momente zu Sinnestäuschungen geneigt machen, und daß religiöse Visionäre ihre Erscheinungen hauptsächlich in der stillen Einsamkeit haben, in der Wüste, in Höhlen, Einöden, in der stillen Klause oder an andern einsamen Orten. Es sind die gleichen Orte, welche, auch jetzt noch, als Lieblingsaufenthalte der Dämonen gelten.

Es sind denn in der Tat die psychischen Erkrankungen im Gefängnis durch Sinnestäuschungen charakterisiert, und damit verbunden Wahnideen, beide ein eigentümliches Gemisch darstellend von Wunsch- und Verfolgungsideen. Die einen Halluzinationen verheißen Befreiung, Unschuld, sind hilfreich, die

*) Zur Psychologie der Gefangenschaft. Beck, München 1903.

andern verfolgen den Gefangenen, wollen ihn umbringen, vergiften, vernichten. Diese drohenden, verfolgenden Ideen werden geäußert vom Staatsanwalt, vom Aufseher, Direktor, von gedungenen Metzgern, event. vom Teufel. Dementsprechend ist die Stimmung des Kranken, ängstlich, mißtrauisch, einen Moment durch Wunschhalluzinationen und Wunschideen getröstet, beruhigt, dann wieder verzweifelt, und nicht selten knüpft sich ans Ganze ein Selbstmord oder ein Versuch dazu. Die Geängstigten ziehen es vor, selber den Tod zu suchen, als in Qual und Angst vor Vernichtung weiter zu leben.

Dieser Symptomenkomplex ist für die eigentlichen Haftpsychosen, seien sie nun etwas für sich oder auf der Basis irgend einer bestehenden Krankheit entstanden, charakteristisch, und Sie werden ihn in den Beispielen, welche ich nachher anführen möchte, wiederfinden. Das übrige klinische Bild kann daneben ziemlich verschieden aussehen. Ich stütze mich in den folgenden Ausführungen teils auf eigenes Material, teils auf Arbeiten, deren Entstehung ich miterlebte, und verweise, was die ältere Literatur betrifft, ebenfalls auf dieselben.

Vor allem müssen wir die Frage diskutieren, ob Haftpsychosen auf der Grundlage klinisch bekannter und abgrenzbarer Psychosen entstehen, um sich trotz des einheitlichen Zustandsbildes, ihrem Verlauf und der übrigen Symptome entsprechend in eins der bekannten Krankheitsbilder einreihen, oder ob es daneben noch eine Haftpsychose sui generis gebe.

Zur Entscheidung dieser Frage müssen wir besonders die neuere Literatur konsultieren, entsprechend der genaueren Diagnostik und Prognostik, die jetzt gegenüber früher in der Psychiatrie sich ausgebildet hat. Es kommen uns da einmal Arbeiten von Rüdin*) zu gute. In der ersten hat er das Material der Heidelberger psychiatrischen Klinik verarbeitet (94 Fälle, 84 Männer, 10 Frauen). Die häufigste Geistesstörung im Gefängnis ist nach Rüdin, wie nach deren Verbreitung zu erwarten ist, die Katatonie, eine Form der Dementia praecox, 55% der Fälle. Davon lassen sich 31 Fälle zu einer Vagantengruppe zusammenstellen. Junge Leute von guter Entwicklung hängen die Arbeit eines schönen Tages an den Nagel und beginnen zu vagieren, noch ohne Zeichen anderer namhafter Störung. Wegen Bettelns und Stehlens kommen sie nach und nach ins Gefängnis, wo schließlich plötzlich oder allmählich in Kollektivhaft katatonische Erkrankungszeichen auftreten. Oder es treten schon einmal in der Freiheit während der Vagantenperiode vorübergehende Krankheitssymptome auf, verschwinden wieder und treten in der Haft wieder auf. Oder das Vagantenleben wird von Anfang an von katatonischen Störungen begleitet. An die Vagantengruppe schließt sich die der katatonischen Gewohnheitsverbrecher, die, nach vielen Delikten von Jugend auf und einer Reihe von Verurteilungen meist in der Isolierhaft erkranken. Eine dritte Gruppe sind die katatonischen Gelegenheitsverbrecher, die vor der Verurteilung nicht durch Krankheitssymptome auffielen. Die zweitzahlreichste Gruppe mit Erkrankung im Gefängnis bilden die Alkoholiker (Delirium tremens, Alkoholwahn nach Delirium tremens); sie gehören mehr der Untersuchungshaft an. Dann kommen nach der Häufigkeit ihres Auftretens Epilepsie und Hysterie, zuletzt Imbezillität, Paranoia und einige seltenere Erkrankungen. Bei 83% der Fälle ist die klinische Zugehörigkeit zu einer bestimmten bekannten Krankheit klar, bei 17% unklar, aus verschiedenen Gründen, welche eine sichere Diagnose nicht erlaubten, die aber in der Mehrzahl mit großer Wahrscheinlichkeit auch zu einer der bekannten Psychosen gehörten. Rüdin kann von allen seinen Fällen sagen, daß sie entweder vor der Haft beginnen oder bedeutend länger dauern als der schädigende Einfluß, und daß sie im Beginn, Verlauf und Ausgang Krankheitsprozesse darstellen, welche unabhängig von der Haft im freien Leben vorkommen. Alle diese Psychosenformen können in der Haft einen, eingangs kurz erwähnten Symptomenkomplex der Haft darbieten, von verblüffender Einförmigkeit, wie ihn schon frühere Autoren schilderten. Rüdin fand aber den Haftkomplex nur in 28 von 94 Fällen, dieser trat besonders, aber nicht ausschließlich, in Einzelhaft auf. Nach Rüdin konnte als Ursache für die Entstehung dieser Erscheinung ausnahmslos entweder die Einzelhaft oder eine lange Serie von Vorstrafen im Verein mit der Kollektivhaft herbeigezogen werden. Nach Aufhebung und Bekämpfung dieser Ursachen bleiben nur noch die Zeichen der Grundkrankheit. Diesem Material gegenüber, das keine Fälle von Haftpsychosen mit Haftkomplex aufweist, die als eigene, nicht in den Rahmen der klinisch bekannten Bilder passende Psychosen abtrennbar sind, stellt Rüdin (l. c.) in der zweiten zitierten Arbeit drei Fälle gegenüber, die ihm in keins der sonst vorkommenden Krankheits-

*) E. Rüdin: Über die klinischen Formen der Gefängnispsychosen. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 58, 1901.

Eine Form akuten halluzinatorischen Verfolgungswahns in der Haft ohne spätere Weiterbildung des Wahns und ohne Korrektur. Ebenda. Bd. 60.

bilder zu passen scheinen. Sie wurden von ihm in Moabit-Berlin beobachtet. In ganz akuter Weise tauchen in der Stille der Zelle bei vorher nicht psychotischen, vollsinnigen Personen Sinnestäuschungen besonders des Gehörs auf, lebhaft, im Sinne der Verfolgung, den Stempel der Wirklichkeit tragend, die auf Staatsanwalt, Direktor, Beamte bezogen werden. Es tritt rasch eine gewisse Systematisierung des auf der Sinnestäuschung fußenden Wahns auf, und zwar mit einer gewissen logischen Motivierung. Die Kranken halten fest daran, fühlen sich anderseits körperlich krank (Kopfschmerzen, Appetit- und Schlaflosigkeit usf.). Es besteht bei der klaren Überzeugung von der schweren Verfolgung, den beabsichtigten Mordplänen usw. eine äußerste Gereiztheit, Ärger, Angst, Mißtrauen. Die gegenteiligen Erfahrungen im Sinne des Wunsches vermögen diese Verstimmung nur ganz unvollkommen zu verringern. Die Kranken bleiben orientiert, äußerlich korrekt im Rapport mit der Umgebung und sehen seelisch schwer leidend aus. Die Wahnbildung überdauert wenig die Halluzinationen, während die Einsicht in das Krankhafte, auch wenn der Zustand vorüber ist und längst weder Halluzinationen noch der daran anschließende Wahn mehr tätig sind, sich nicht einstellt; die betr. Kranken halten auch später daran fest, daß damals ihre Angst und ihre Wahnideen vollständig richtig und berechtigt gewesen seien. Die Erinnerung an die Krankheitszeit ist gut. Die Krankheit tritt erst nach zwei bis drei Jahren der Haft auf. Eine Verblödung tritt nicht ein in ihrer Psychologie.

(Fortsetzung folgt.)

Soll einem Strafgefangenen der Aufenthalt in der Irrenanstalt auf die Strafzeit angerechnet werden?

Von Dr. *Spliedt*, Anstaltsarzt in Neu-Ruppin.

In Nr. 26 dieser Zeitschrift schneidet Herr Rixen das schon so oft erörterte Problem einer Anrechnung der in der Irrenanstalt verbrachten Zeit auf die Strafhaft an. Er weist mit Recht darauf hin, daß der Wechsel zwischen Irrenhaus und Strafanstalt für viele geheilte Kranke eine schwere Schädigung darstellt; aber die Gefahr einer Simulation scheint Rixen zu unterschätzen. Er beruft sich darauf, daß ein reiner Fall von Simulation kaum jemals vorgekommen ist. Was für ein Vorteil kann unter den gegenwärtigen Verhältnissen einem Strafgefangenen oder einem Angeklagten aus der Vortäuschung von Geisteskrankheit erwachsen? Wer im Strafvollzuge erkrankt, muß, wenn er die Irrenanstalt verläßt, den Rest seiner Strafe verbüßen, und die Dauer der Freiheitsentziehung wird dadurch um die Zeit der Anstaltsbehandlung verlängert. Wird ein Angeklagter wegen eines nicht allzu geringfügigen Vergehens auf Grund des § 51 freigesprochen, so kommt er in die Irrenanstalt und bleibt dort in den meisten Fällen weit länger, als wenn er zu einer Freiheitsstrafe von mäßiger Dauer verurteilt worden wäre. Allerdings — aber nicht immer — tauscht er mit der Übernahme in die Heilanstalt eine qualitative Verbesserung seines Aufenthaltes ein, die jedoch durch die längere Dauer wieder aufgehoben wird. Wenn bisher die Simulation von Geistesstörung selten gewesen ist, so ist eben der erhoffte Gewinn zu niedrig gewesen; wird der Gewinnsatz erhöht, so steigt auch der Anreiz zur Vortäuschung und Übertreibung. Sehr lehrreich sind in dieser Beziehung die Unfallsversicherung und die durch sie erzeugten psychisch-nervösen Erkrankungen. Nur in vereinzelten Fällen hat das Versicherungsgesetz die reine Simulation, den Versicherungsbetrug, gezeitigt, um so häufiger sind aber die Fälle von bewußter und unbewußter Übertreibung geworden. Betont wird allerseits, daß die traumatische Neurose selbst bei denen auftritt, welche weder erblich belastet sind noch sich durch den Mißbrauch des Alkohols geschädigt haben. Der Hauptgrund wird in dem Fortfall der Not und des Zwanges gefunden; die Mittel der Berufsgenossenschaft überheben den Verletzten der Notwendigkeit, sich aufzuraffen und selbst an seiner eigenen Gesundung zu arbeiten. Noch mehr als bei den geistig gesunden Unfallversicherten werden Simulation und Übertreibung bei den Insassen der Strafanstalten hervortreten, von denen ein beträchtlicher Teil erblich belastet, entartet oder dem Alkoholismus verfallen ist. Die Möglichkeit, statt unter dem strengen Druck des Zuchthauses die Strafzeit in dem Komfort einer Krankenanstalt zu verbringen, wird für den geistig minderwertigen Verbrecher den gleichen Anreiz haben, wie die hohe Rente für den vollwertigen Unfallversicherten. Schon jetzt haben es manche Strafgefangene, namentlich diejenigen, welche eine akute Psychose

überstanden haben, vollständig in der Hand, die Strafe zu verbüßen oder als geisteskrank angesehen zu werden. Wer die offenbaren Zeichen geistiger und körperlicher Entartung an sich trägt, braucht sich nur schwere Ausschreitungen in der Strafanstalt zu schulden kommen zu lassen, und er ist auf dem Wege zur Irrenanstalt. Zweifellos können solche Erregungsausbrüche — abgesehen von dem Verhalten der Umgebung — oftmals durch eine gewisse Selbstzucht vermieden werden. Von den Strafgefangenen gar, die einmal einer Heilanstalt überwiesen sind, wird niemand ins Zuchthaus zurückkehren, sondern das Ende seiner Strafzeit in der Irrenanstalt abwarten. Gegen seinen Willen wird man ihn nicht zurückführen; jeder Arzt wird es vermeiden, einen tobenden und umsichschlagenden Mann als „geheilten Geisteskranken" in die Strafanstalt zurückzuschaffen. In Zukunft wird auch der Gefängnisarzt alle Grenzfälle der Irrenanstalt zuweisen, besonders wenn sie die Disziplin gefährden; er wird sie umso lieber dorthin schicken, wenn er weiß, daß auch die Verbüßung ihrer Strafe nicht verzögert wird. Die geistig defekten Strafgefangenen werden ihr Gefängnis mit in die Heilanstalt hineinnehmen; je größer ihre Zahl in der Anstalt wird, desto mehr werden die Kräfte der Ärzte und des Pflegepersonals lediglich darauf verwandt werden, Entweichungen und Meutereien zu verhindern. Das Interesse des Hilflosen wird hinter die „Versorgung" des Gemeingefährlichen zurücktreten müssen.

Bisher hat sich der Staatsanwalt um die aus dem Strafvollzug beurlaubten geisteskranken Rechtsbrecher so gut wie gar nicht gekümmert; das wird sich ändern, sobald dem geistesgestörten Gefangenen die Anstaltsbehandlung auf die Strafzeit angerechnet wird, d. h. sobald er auch im Irrenhause seine Strafe verbüßt. Ein Vergleich mit den körperlich erkrankten Sträflingen, die in ein Krankenhaus überführt werden, ist unzulässig; bei ihnen ist durch die körperliche Schwäche die Gefährlichkeit verringert, während geistige und moralische Defekte die Gemeingefährlichkeit oftmals erhöhen. Der Staatsanwalt wird vor allen Dingen darauf sehen, daß die erkrankten Strafgefangenen während der Strafzeit auch in der Heilanstalt bleiben, und wird Garantien dafür fordern, daß eine Entweichung unter allen Umständen verhindert wird. Das Recht und die Pflicht, die Strafvollstreckung zu überwachen, erteilt ihm der § 483 der Strafprozeßordnung. Ja, die öffentliche Meinung, die sich durch die Entweichung geisteskranker Verbrecher lebhaft beunruhigt fühlt, wird die Justizbehörden zu einem Vorgehen zwingen. Welche Erschwerung es für den Anstaltsbetrieb bedeutet, wenn durch Ministerial-Erlasse die Unterbringung der kriminellen Kranken innerhalb der Irrenanstalt geregelt wird, braucht nicht näher ausgeführt zu werden.

Herr Rixen hat vollkommen recht, wenn er die ungleiche Auffassung der verschiedenen Gerichte für einen unhaltbaren Zustand erklärt. Seine Vorschläge würden aber darauf hinauskommen, eine Abwanderung aus den Gefängnissen in die Irrenanstalten herbeizuführen und die Behandlung der Geisteskranken mit einer vermehrten Staatsaufsicht zu beschweren. Gewiß ist das Schicksal derer zu bedauern, die weit über ihre Strafzeit hinaus zwischen Strafanstalt und Irrenhaus hin und hergeschoben werden. Warum kann für diese Unglücklichen nicht die Begnadigung durch die Justizbehörden befürwortet werden? Ist das nicht möglich, so müssen eben besondere Bestimmungen für die Strafvollstreckung bei Minderwertigen geschaffen werden, wie wir sie schon jetzt für Minderjährige besitzen. Der Strafvollzug wird immer als eine starre unwandelbare Größe hingestellt, deren Anforderungen sich die Anstaltspsychiatrie zu fügen hat. Dabei beruht die Methode des Strafvollzuges, auf die es allein ankommt, nicht einmal auf einem Gesetz, sondern nur auf Bestimmungen, welche durch einfachen Ministerial-Erlaß geändert werden können. Um die erkrankten Gefangenen möglichst lange im Strafvollzuge zu halten, dürfte sich die Zahl der Beobachtungsabteilungen, welche an die Strafanstalten angegliedert sind, ohne Schwierigkeiten vermehren lassen. Dadurch würde zugleich ein gewisser Ausgleich zwischen Justizfiskus und Armenverbänden eintreten; jetzt haben die letzteren allein die Kosten zu tragen. Die Frage aber, ob die in einer Irrenanstalt verbrachte Zeit auf die Strafe angerechnet werden soll, ist nicht etwa eine unscheinbare Verwaltungsmaßregel, sondern sie rollt das ganze Problem der Versorgung geisteskranker Verbrecher auf. Wird die Frage bedingungslos bejaht, so werden Simulation und Übertreibung großgezogen; die Heil- und Pflegeanstalten sind aber in erster Linie für die Behandlung Geisteskranker eingerichtet und haben anderen Aufgaben als der Verwahrung geistig minderwertiger Elemente zu dienen.

Mitteilungen.

— **79. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden** vom 15. bis 21. September 1907.

Abteilung für Neurologie und Psychiatrie.

1. Herr Redlich-Wien: Über den Mangel der Selbstwahrnehmung des Defekts bei zerebral bedingter Blindheit.

Vortr. führt einige Fälle aus der Literatur von Rieger, Wolff, Monakow, Dejerine und Anton an, die das gemeinsam hatten, daß sie seelenblind für ihre Blindheit waren, daß das Sehen vollständig gleichsam aus dem übrigen Gehirnmechanismus ausgeschaltet war, daß aber andererseits subkortikale Erregungen der Sinnesbahnen gleichsam den Ausfall der bewußten Sinneswahrnehmungen verdeckten.

Vortragender selbst hat drei Fälle dieser Art zu beobachten Gelegenheit gehabt. Im ersten Falle wurde der Anschein einer mangelnden Selbstwahrnehmung vorgetäuscht, indem der Kranke sich für gewöhnlich der Blindheit nicht bewußt war, bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit doch wahrnahm, daß er nicht sah. Die Obduktion ergab ein im basalen Anteile des Balkens aufsitzendes Gliom. Der Kranke hatte über gar nichts zu klagen, war nur allmählich darauf zu bringen, daß seine Augen schlecht seien. Unmittelbar darauf hatte er diese Angabe wieder vergessen und behauptete, vollständig gesund zu sein. Es bestand eine schwere Störung der Merkfähigkeit.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen Tumor in der Gegend der Brücke. Die Kranke war infolge Sehnervenatrophie nach Stauungspapille völlig erblindet, auch sie wußte von ihrer Blindheit nichts, nahm dieselbe aber auch wirklich nicht wahr, war niemals zum Eingeständnis derselben zu bringen, ja behauptete positiv, zu sehen und beschrieb eine Menge Dinge, die sie zu sehen vermeinte. Die Gedächtnisstörung war hier nicht so ausgesprochen, das optische Erinnerungsvermögen relativ gut erhalten, so daß die Kranke ihre neue Umgebung mit Reminiszenzen früherer Zeiten bevölkerte.

Die zwei Fälle zeigen, daß der Mangel der Selbstwahrnehmung der Blindheit zu stande kommen kann, ohne grobe anatomische Schädigung der Sinneszentren und ihrer Bahnen, dann, wenn die allgemeine psychische Leistungsfähigkeit des Gehirns herabgesetzt ist und gewisse Funktionen im besonderen geschädigt sind.

Ein dritter Fall betraf einen 74jährigen Mann, der von zwei aufeinanderfolgenden Schlaganfällen getroffen wurde, die außer eigenartigen peripheren Störungen durch Summation einer links- und rechtsseitigen Hemianopsie Blindheit erzeugt hatten, ohne daß, wie gewöhnlich, die zentralsten Anteile des Gesichtsfeldes erhalten geblieben wären. Auch dieser Kranke war sich seiner Blindheit für gewöhnlich durchaus nicht bewußt, ja lehnte die Zumutung, blind zu sein, entschieden ab. Er meinte, das Licht wäre nicht angezündet, die Lampe brenne schlecht o. ä. Er gibt unter Umständen eine ins einzelne gehende Schilderung von Personen oder Vorgängen, die er zu sehen vermeint, glaubt sich auch meistens in der früher gewohnten Umgebung und Beschäftigung, nur manchmal, wenn er sich im Krankenhause weiß, gibt er auch zu, nicht zu sehen, ja sogar blind zu sein, doch fehlt ihm auch dann der entsprechende Affekt und eine der Korsakowschen ähnliche Gedächtnisschwäche läßt ihn diese Erkenntnis bald wieder vergessen. Genaue Intelligenzprüfungen ergeben zwar Ausfälle, doch nicht derart intensive, um das Verhalten des Kranken einfach mit Demenz zu erklären.

Vortragender schließt aus den geschilderten Fällen, daß man mit einer rein anatomischen Betrachtung dieselben nicht aufklären kann. Die Zerstörung gewisser Zentren allein macht es uns nicht verständlich, daß der Kranke nicht merkt, daß ihm eine wichtige Sinnesbahn versperrt ist. Auch der Umstand, daß die Kranken doch bisweilen, wenn auch vorübergehend, sich des Defektes bewußt wurden, während die anatomischen Schädigungen doch gewiß die gleichen blieben, zeigt die Unzulänglichkeit anatomischer Erklärungsversuche und weist auf die Notwendigkeit einer eingehenden psychologischen Analyse solcher Fälle hin.

Diskussion:

Herr Heilbronner: Von den drei Fällen des Vortragenden scheinen H. zum mindesten die beiden ersten ohne Heranziehung der zerebralen Genese der Blindheit erklärbar. Kranke, deren Geisteszustand dem der beiden ersten entspricht (im wesentlichen wohl Korsakowsche Psychose) nehmen auch periphere Störungen (Lähmungen usw.) nicht wahr. H. frägt nach der Erklärung der sehr merkwürdigen Erscheinung, daß die Kranken nicht nur die Funktionsstörung übersehen, sondern auch durch die soziale Behinderung nicht gestört werden.

Herr Meyer hat ähnlich wie Heilbronner den Eindruck gehabt, daß die dem Defekt zu Grunde liegenden psychischen Störungen dem Korsakowschen Symptomenkomplex angehören. Bemerkenswert bleibt es, daß in Redlichs Fällen rein psychische Störungen das gleiche äußerliche Bild hervorriefen, wie greifbare zerebrale Herde. Er macht darauf aufmerksam, daß auch blinde Paralytiker besonders dann der Wahrnehmung der Blindheit entbehren, wenn sie starke Neigung zum Fabulieren haben.

Herr Sänger fragt nach dem Verhalten der Pupillen und nach optischen Reizerscheinungen bei dem Patienten.

Herr Anton: In den vorgetragenen Fällen ist die Frage nach Verlust der optischen Phantasie zu erörtern. Für den Verlust der Selbstwahrnehmung kommt wohl auch der elektive Ausfall der Aufmerksamkeit und des Schlußvermögens in Bezug auf das ausgefallene Sinnessystem in Betracht.

Herr Haenel: Daß auch bei peripherer Entstehung eines optischen Defektes dieser unbemerkt

bleiben resp. falsch gedeutet werden kann, habe ich an mir selbst erfahren, als ich vor einiger Zeit durch Schneeblendung rotgrün-blind wurde. Ich suchte zwei Tage lang die Veränderung in den umgebenden Objekten und nicht in mir selbst.

Herr Nißl schließt sich den Worten Heilbronners und Sängers an. Nur bei Geisteskranken unterbleibt die Selbstwahrnehmung von Herdwirkungen, besonders häufig bei der polyneuritischen Psychose.

Herr Sträußler geht auf die Eigenart einiger vom Vortragenden in seinen Fällen erwähnter Sensibilitätsstörungen ein.

Herr Redlich (Schlußwort) wiederholt, daß besonders im zweiten Falle gerade der Umstand das wesentlichste ist und eine besondere Erklärung erforderte, daß die Kranken ihre Blindheit nicht nur nicht wahrnahmen, sondern auch durch die Umstände nicht zum Bewußtsein derselben zu bringen waren, d. h. zu sehen behaupteten. Daß die Schlußbildung gestört war, hat er schon betont.

(Fortsetzung folgt.)

— **Teufelsglaube**. Im Briefkasten des „Kropper Kirchlichen Anzeigers" erteilt auf eine Anfrage, Pastor Joh. Paulsen in Kropp (Heilanstalt für Gemüts- und Nervenkranke) folgende Antwort: „Ung. in Kl. S. Wir können gewiß nicht leugnen, daß es möglich ist, auch Zaubereidinge zu erforschen. Das beweisen uns ja schon die ägyptischen Zauberer. Ich kann Ihnen also nicht bestreiten, daß auch in Ihrem Ort derartiges vorgekommen ist. Aber sich daran zu beteiligen ist unbedingt schwere Sünde, denn es ist eine Uebertretung des zweiten Gebots. Der Zauberer steht im Dienst des Teufels, und mit dem will wohl kein Christ etwas zu tun haben." (Deutsch. Zeitg. 4. X. 07.)

Referate.

— Der Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten, von Dr. G. Kolb, Verlag von Carl Marhold in Halle a S., liegt nunmehr mit der 12. Lieferung vollständig vor.

Der Zweck des Atlas ist nach dem Prospekt der ein Buch zu geben, in welchem Psychiater, Behörden und Baubeamte sich über alle beim Neubau oder Umbau von Anstalten in Betracht kommenden, einerseits psychiatrischen, anderseits bautechnischen Fragen Rat einholen können. Jeder, der mit dem Bau von Irrenanstalten zu tun gehabt hat, weiß, wie viele Fragen an den Psychiater und Bautechniker herantreten, die dem speziellen Wissensgebiet derselben fernliegen. Ein zusammenfassendes, die einschlägigen Fragen behandelndes Werk war daher bisher ein vielfach empfundenes Desiderat. Diese Lücke wird durch den Kolbschen Sammelatlas in glücklicher Weise ausgefüllt.

Inhaltlich zerfällt der Atlas in einen theoretischen und einen praktischen Teil. In dem ersteren werden in eingehender und sachkundiger Weise alle die Fragen besprochen, welche bei dem Bau von Anstalten in Betracht kommen. Zunächst werden die Gründe behandelt, die in einem bestimmten Zeitpunkte die Vermehrung der bisherigen Plätze durch Neu- oder Umbau notwendig erscheinen lassen. Sodann werden weiterhin die Fragen festgelegt, auf welche sich die statistischen Erhebungen zu erstrecken haben, welche der Aufstellung eines Bauprogramms vorausgehen müssen. Dieses letztere, das in ein allgemeines Programm der Irrenfürsorge, sowie in ein allgemeines und spezielles Programm der zu erbauenden Anstalt zerfällt, wird eingehend behandelt.

Nach einer zusammenfassenden Abhandlung über die praktischen Ziele der modernen Psychiatrie und die Mittel zur Erreichung derselben, sowie einem historischen Abriß über die Entwicklung der Irrenanstalt überhaupt, kommt Verfasser wieder auf die zu erbauende Anstalt zurück und bespricht zunächst deren Charakter (ob gemischte oder Spezialanstalt) sowie ihre Größe und Lage. Dann wird der nötige Grundbesitz berechnet und die Verteilung der Kranken auf die einzelnen Abteilungen überschlagen. Weiterhin werden die ganze Anlage, die notwendigen Räume, die Konstruktion der Unterabteilungen, der geschlossenen sowohl wie der offenen, eingehend besprochen und es wird der freien Behandlung in Kolonien und der familiären Verpflegung ihr Anteil an der Unterbringung der Kranken zugewiesen. Zum Schluß werden die notwendigen Nebengebäude behandelt. Das Ideal ist dem Verfasser die mittelgroße (etwa 500 Kranke), mit allen modernen Hilfsmitteln ausgerüstete Anstalt, die mit möglichst vielseitiger Anlage, Wachabteilungen, offenen und geschlossenen Pavillons, kolonialer und möglichst ausgedehnter familiärer Verpflegung alle Arten von akuten und chronischen Geisteskranken, Nervenkranke, Epileptiker, Trinker und Kinder beherbergt.

Es ist dies unseres Erachtens ein durchaus erstrebenswertes und bei der in dem Atlas empfohlenen Differenzierung der Unterabteilungen in der baulichen Anlage auch erreichbares Ziel. Freilich dürfte die von dem Verfasser so warm empfohlene familiäre Verpflegung zuweilen auf lokale Schwierigkeiten stoßen. Der praktische Teil des Sammelatlas gibt eine Anzahl von Beispielen für den Bau von Heil- und Pflegeanstalten von 300 bis 700 Kranken, wobei jeweils spezielle Bedingungen und Aufgaben zur Lösung gestellt werden, je nachdem es sich um den Bau von Anstalten für Landbezirke oder Großstädte etc. handelt.

Das allgemeine und spezielle Bauprogramm wird jeweils sehr eingehend erörtert. — Sehr wertvoll wird dieser Teil durch die Beifügung zahlreicher Grundrisse von Abteilungen aller Art mit Tabellen, welche die Größenverhältnisse angeben. Für die wichtigeren Abteilungen sind häufig mehrere Lösungen vorgeschlagen. Teils sind die Grundrisse nach bewährten Plänen schon bestehender Anstalten bearbeitet, teils sind es Originalentwürfe.

Die letzten Lieferungen enthalten Pläne von Wachabteilungen, Pensionärabteilungen, offenen Landhäusern, Wirtschaftsgebäuden, Festsaal für eine größere Anstalt, sowie den Situationsplan einer solchen. Zum Schluß folgen dann noch einige Beispiele für Spezialanstalten für Idioten, Epileptiker, Alkoholiker, und end-

lich von Pavillons für Privatanstalten. — Sämtliche Anlagepläne setzen übrigens den zur Zeit bevorzugten Pavillonstil voraus. Ob nicht in einzelnen Fällen eine gemischte Bauweise (Zentralanstalt und Pavillons) vorteilhafter wäre, ist eine andere Frage, die hier nicht zu erörtern ist. Jedenfalls dürfte aus der kurzen Übersicht zu ersehen sein, daß der Kolbsche Atlas die durch ihre Vielseitigkeit keineswegs leichte Aufgabe, die er sich gestellt hat, in glücklicher Weise löst. Der „Sammelatlas" dürfte daher bald für Jeden, der mit dem Neubau oder Umbau einer Anstalt zu tun hat, ein unentbehrliches Nachschlagewerk werden.

Dr. Thoma-Illenau.

— Linda Murri. Das Verhängnis meines Lebens, Aufzeichnungen aus dem Kerker. Wien 1906. Karl Konegen. 448 S.

Vielen Lesern wird die Leidensgeschichte der unglücklichen Verfasserin noch in Erinnerung sein.

Linda Murri, die Tochter eines berühmten, feinsinnigen, sittlich hochstehenden Arztes, ein vorzüglich veranlagtes, tief gebildetes Mädchen hat dem an Verstandes- und Herzensbildung ungleich tiefer stehenden Grafen Francesco Bonmartini, einem bigotten, adelsstolzen, brutal sinnlichen, kraß-egoistischen Manne die Hand gereicht. Die Ehe, der zwei Kinder entsprossen, ist ein chronisches Martyrium der Frau. Sie selbst, seelisch gebrochen, kommt zu Falle und wird zur Ehebrecherin, indem sie sich einem 20 Jahre älteren Jugendgeliebten hingibt. Lindas heißblütiger Bruder Tullio kann die Leiden seiner von ihrem Gemahl in unerhörter Weise gemarterten Schwester nicht mit ansehen und ermordet den Grafen. (Sept. 1902.) Tullio, vom eigenen Vater angezeigt, wird zu dreißig Jahren Kerker verurteilt. Linda wird der Mithilfe am Morde und eines früher an ihrem Gatten vorgenommenen Giftmordversuchs bezichtigt und zu zehn Jahren Kerker verurteilt.

Die vorliegenden, etwas weitschweifigen Aufzeichnungen, welche die psychologischen Motive und die Vorgeschichte dieser Tragödie bringen, verdienen, gelesen zu werden. Einmal gewinnt man den Eindruck, daß die Ärmste das Opfer eines Justizirrtums ist. Des weiteren bringt uns aber auch die Verf., während sie das Bild dieser Ehetragödie vor unseren Augen aufrollt, ungemein feine psychologische Selbstanalysen. Hält man alles zusammen, so geht man wohl nicht irre in der Annahme, daß die ganze Tragik gewissermaßen aus dem Boden des Psychopathologischen herauswächst. Der Graf, ein erblich belasteter, ungebildeter, träger, einfältiger Mensch, der renommiert und lügt, dabei ständig von Beeinträchtigungsideen erfüllt ist, der seine Lust an den physischen und psychischen Qualen seiner Frau hat und nach einigen Andeutungen auch von sexualpathologischen Anwandlungen nicht frei zu sein scheint, ist wohl zweifellos ein Psychopath. Aber auch die Verf., die in somatischer Hinsicht sexuell frigide ist, dabei aber ungemein sensitiv in platonischen Reflexionen ein erotisches Äquivalent sucht, erscheint psychisch abnorm (Hysterie?). Sie ist sich dessen bewußt, ebenso wie sie im Mörder ihres Gatten, in ihrem jähzornigen, ungleichmäßigen, impulsiven Bruder mit seinem hypertrophischen Altruismus einen durch Heredität pathologischen Menschen erkennt. „In dieser schicksalschweren Veranlagung sehe ich heute den Quell all unseres Unheils" — schreibt sie.

Freilich, neben den pathologischen Momenten sind es auch noch äußere Umstände, eine verkehrte Erziehung, soziale und politische Gegensätze usw., die begünstigend auf den Hereinbruch der Katastrophe wirken.

Man hätte hier wohl einen prächtigen Vorwurf zu einem Drama vor sich. Horstmann.

Personalnachrichten.

— **Schleswig.** Dr. Gleiss ist am 16. Februar und Dr. Westhoff am 5. April 1907 aus dem Anstaltsdienst ausgeschieden. An deren Stelle sind eingetreten am 5. März Dr. Kleiminger und am 5. April 1907 Dr. Scholz.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 31. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Im hiesigen **Landeshospital** mit einer Belegungszahl von 850 Kranken soll alsbald die Stelle eines

Abteilungsarztes

besetzt werden.

Der Anfangsgehalt beträgt 3000 M., steigend alle 3 Jahre um 300 M. bis zum Höchstgehalt von 4800 M. Mit der Stelle ist Pensionsberechtigung unter Anrechnung früherer Dienstjahre in der Psychiatrie verbunden. Verheirateten steht zunächst eine Wohnung, bis spätestens 1. April 1909 ab eine Dienstwohnung zur Verfügung.

Nur solche Bewerber, die im deutschen Reiche approbiert und in der Psychiatrie ausgebildet sind, wollen ihre Gesuche einreichen an die **Direktion.**

Landeshospital Haina,
den 30. September 1907.

An der städt. Irrenanstalt **Frankfurt a. M.** ist zum 1. Januar oder früher eine

Assistenzarzt-Stelle

zu besetzen. Bareinkommen im 1. Jahr M. 1580 und im 2. Jahr M. 1780 pro Jahr, dabei freie Station I. Klasse. Jährlicher Krankenzugang 1500.

Meldungen zu richten an die Direktion.

An **der Provinzial-Irrenanstalt bei Neustadt** a. d. Ostsee (Holstein) ist die Stelle eines

dritten Hilfsarztes

zu besetzen. Gehalt 2500 M. neben vollständig freier Station. Meldung. mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion zu richten.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 31. 26. Oktober. **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Über die Wünsche des ärztlichen Nachwuchses.

Von Dr. *Spliedt*-Neu-Ruppin.

Seit mehreren Jahren nehmen die Erörterungen über die Lage des irrenärztlichen Standes in der Fachpresse wie in den beteiligten Vereinen und Kongressen einen immer breiteren Raum ein. Die Forderungen des Standes wurden zunächst vorwiegend als eine Gehaltsfrage betrachtet; nachdem die Gehälter in dankenswerter Weise aufgebessert sind, erinnert man sich wieder, daß der Mensch nicht „vom Brot allein" lebt. Eine ganze Anzahl von Kollegen steht jetzt in der Mitte der dreißiger Jahre und hat mit der Anstellung als Oberarzt den Höhepunkt der Laufbahn erreicht; es folgen noch einige Titel und Alterszulagen, aber die Art des Dienstes wird sich nicht mehr ändern. Die jetzige Tätigkeit muß imstande sein, ihn für weitere 30 Jahre zufrieden und arbeitsfreudig zu erhalten, und sie sollte auch derart sein, daß sie jüngeren Kollegen und anderen Ärzten erstrebenswert erscheint.

Innere Befriedigung kann nur eine selbständige und verantwortliche Stellung gewähren. Gibt es heute im Anstaltsleben eine solche außer der des Direktors? Nein, die gibt es nicht. Die dienstliche und außerdienstliche Stellung des Anstaltsarztes ist in den Hausordnungen fast aller Provinzen mit genau den gleichen Worten klar und zweifellos umgrenzt. Es heißt dort: „Die ärztliche Behandlung leitet der dirigierende Arzt in Verbindung mit den übrigen Ärzten". — „Nach kollegialer Beratung verfügt der Direktor über alle, die Behandlung, Verpflegung, Beschäftigung und Unterhaltung der Kranken betreffenden Maßregeln, welche demnächst schleunigst und sorgfältig durch die hierfür bestimmten Organe zur Ausführung zu bringen sind." — „Täglich ist dem Direktor vom Oberwartpersonal über alle wichtigen Vorkommnisse auf den Abteilungen und bei den einzelnen Kranken Bericht zu erstatten." — „Ohne ausdrückliche Erlaubnis des Direktors darf kein Beamter eine ihm verwandte, befreundete oder gar fremde Person in seiner Dienstwohnung beherbergen und übernachten lassen."

Diese Bestimmungen gelten für den jüngsten Hilfsarzt wie für den ältesten Oberarzt, auch wenn er den Titel „Geheimer Sanitätsrat" führt. So ist die rechtliche Lage der Anstaltsärzte; wo sie sich in praxi anders gestaltet, ist es lediglich der persönlichen Auffassung des leitenden Arztes zu danken. Wo dagegen Konfliktstimmung herrscht, wird auch die letzt angezogene Verordnung in voller Schärfe angewandt werden können. Die Hausordnungen entstammen fast überall dem Geiste der 70er Jahre und sind, den damaligen Verhältnissen entsprechend, auf Anstalten von 400 bis 600 Kranken zugeschnitten. Sie stammen aus einer Zeit, wo dem Direktor ein oder zwei junge Herren als Assistenzärzte zur Seite standen, die entweder selbst bald in eine leitende Stellung gelangten oder sich einem anderen Zweige der Medizin zuwandten. Heute sind die Anstalten auf 1000 bis 1800 Kranke angewachsen; statt weniger wechselnder Assistenten haben wir einen neuen Berufsstand, eine neue Beamtenklasse, welche durch die Eigenart ihres Spezialfaches auf die lebenslängliche Tätigkeit an den staatlichen Anstalten angewiesen ist. Ihr Wunsch ist es, daß ihre Stellung über die eines lebenslänglichen Assistenzarztes hinausgehoben wird.

Ist eine Änderung möglich? Ist es möglich, die einzelnen Abteilungsärzte selbständig zu machen, selbständig im Wesen, nicht nur dem Namen nach? Weder auf dem Frankfurter Kongresse noch in der Fachpresse ist auch nur der Versuch gemacht worden, eine Formel für den Begriff der Selbständigkeit vorzuschlagen. Den selbständigen Abteilungsarzt, der nur dem Direktor verantwortlich ist, haben wir dem Namen nach schon jetzt. Da er aber weder die Aufnahme eines Kranken, der seiner Ansicht nach

nicht in den Charakter seiner Abteilung paßt, ablehnen noch irgend eine Entlassung selbst verfügen darf, da nach der Hausordnung der ihm unterstellte Oberwärter verpflichtet ist, dem Direktor über alle wichtigen Vorfälle auf der Abteilung zu berichten, ist der Abteilungsarzt eben nicht selbständig und kann es auch nicht sein, weil dadurch die Einheitlichkeit in der Behandlung des einzelnen Kranken gestört würde. Vorschläge über Verlegung und Entlassung stehen auch heute jedem Arzte frei; aber ohne das Recht, im einzelnen Falle zu entscheiden, ist weder eine Selbständigkeit noch eine Verantwortlichkeit denkbar. Die Aussichten können sich für den ärztlichen Nachwuchs nur dann bessern, wenn die Zahl der leitenden Ärzte vermehrt wird. Daß die Provinzen für die Zukunft nur noch kleine Anstalten bauen werden, ist nicht anzunehmen; überall wird bei älteren Anstalten durch Neubauten die Belegzahl auf mindestens 1000 Betten erhöht. In solchen Anstalten bildet schon jetzt jede Geschlechtsseite ein abgeschlossenes Ganzes, ja man sucht sogar durch Mauern und strenge Verordnungen eine lückenlose Scheidung zwischen beiden Hälften herbeizuführen. Auch der einzelne Arzt hat genug zu tun, 500 Kranke mit ihrer ganzen Lebensgeschichte kennen zu lernen. So kommt es, daß, wenn es sich nicht um einen besonderen Fall handelt, jahrelang kein Arzt der Männerseite einen Fuß auf die Frauenseite setzt und umgekehrt. Die Zahl der leitenden Stellungen ließe sich schon jetzt verdoppeln, wenn man bei jeder neuen Anstalt für jede Geschlechtsseite einen Direktor einsetzt und dem älteren auch das Bureau und den Betrieb unterstellt. Die Einheitlichkeit braucht nicht darunter zu leiden; die nichtärztlichen Beamten werden nur dann ein Übergewicht erlangen, wenn die ärztliche Leitung nicht einig ist. Auch der schriftliche Verkehr mit der Oberbehörde wird nicht schwerfälliger, denn die Schreibmaschine stellt zwei Abzüge in derselben Zeit her wie einen einzigen. Eine solche großzügige Reform würde nur zum Ausdruck bringen, was sich innerlich längst vollendet hat; sie würde auch den Provinzen keine großen Kosten verursachen, da die älteren Oberärzte sich schon jetzt dem Direktorialgehalte nähern. Während die Vermehrung der Direktorenstellen wohl überall mit Freude begrüßt wird, dürfte es für die meisten Anstaltsärzte eine Verschlechterung ihrer gegenwärtigen Stellung bedeuten, wenn an jeder Anstalt zwei dem Namen nach selbständige Oberärzte geschaffen werden, denen die übrigen Kollegen unterstellt sind. Der Ruf der Anstaltsärzte nach größerer Selbständigkeit hätte zur Folge, daß sie statt einer einzigen Instanz deren zwei über sich haben; und die untere Instanz wird sich naturgemäß durch die Sorge um die Einzelheiten des Dienstes besonders fühlbar machen. Die jüngeren strebsamen Kräfte, die man zu halten wünscht, werden der Psychiatrie den Rücken kehren, um nicht als alte Abteilungsärzte sich jederzeit mit dem Oberarzt ins Benehmen setzen zu müssen oder unter dessen ständiger Kontrolle zu stehen.

Ein weiterer wohl umgrenzter Wirkungskreis läßt sich schaffen, wenn für jede Anstalt ein Anatom oder Pathologe als Laboratoriumsvorsteher bestellt wird; das Fehlen eines solchen ist in erster Linie an der wissenschaftlichen Sterilität so vieler Anstalten schuld. Wie weit der Laboratoriumsvorsteher zum Krankendienst herangezogen wird, läßt sich von Fall zu Fall leicht entscheiden. Es genügt aber nicht, daß irgend ein beliebiger Arzt zum Pathologen ernannt wird. So wenig jemand heutigen Tages dadurch zum Chirurgen wird, daß man ihm ein Messer in die Hand drückt, so wenig genügen Bücher und Maschinen, um den Pathologen zu machen. Wie jede komplizierte Technik, kann auch die neuropathologische nur durch einen geordneten Lehrgang von nicht zu kurzer Dauer erworben werden. Mögen die Provinzialverwaltungen hochherzig genug sein, um nach dem Beispiel der Militärbehörden ihre Ärzte in die Universitätsinstitute zu entsenden, wo allein diese Fertigkeiten erlangt werden können. Auch die bakteriologischen Kenntnisse der Anstaltsärzte müssen gehoben werden; ein vierwöchentlicher Kursus ist unzureichend, die Militärärzte werden auf drei Monate an die hygienischen Institute entsandt. Das Seuchengesetz stellt hohe Anforderungen. Schon murren die Vertreter des Reichsgesundheitsamtes, die Irrenhäuser seien Typhusherde, eine „Herberge für Bazillenträger“ und bilden eine Gefahr für die Bevölkerung. Wenn die Anstalten nicht in der Lage sind, bei ansteckenden Krankheiten ihre Diagnosen selbst zu stellen und zu sichern, so wird der revidierende Kreisarzt ein ständiger Gast werden. Es wird sich der unerwünschte Dauerzustand herausbilden, daß eine Behörde die andere kontrolliert und Urteile fällt, die nicht immer den Schwierigkeiten des Anstaltsbetriebes gerecht werden. Erst wenn in jedem Laboratorium eine wissenschaftlich und technisch geschulte Kraft vorhanden ist, werden sich die Arbeitsräume füllen; auch der beste Eifer erlahmt, wenn dem Anfänger nicht eine Autorität mit Rat und Entscheidung zur Seite steht. Ja, bei der einseitigen Betonung des Verwaltungsdienstes liegt heute sogar die Gefahr nahe, daß Ärzte zu Bureau- und Abschreibe-Arbeiten heran-

gezogen werden, die sich ebensogut durch eine untergeordnete Schreibhilfe erledigen lassen.

Drittens ist es erstrebenswert, daß die Provinzen mit den Aufgaben, die ihrer im Fürsorge- und Korrigendenwesen harren, Oberärzte betrauen, die in diesen Angelegenheiten selbständig ihre Anordnungen treffen und ihre Berichte verantwortlich zeichnen. Auch mit den Städten, die doch einen Pfeiler der Provinzialverfassung bilden, dürften sich Vereinbarungen treffen lassen in dem Sinne, daß die Aufsicht über die Hilfsschulen psychiatrischen Sachverständigen aus dem Anstaltsdienste anvertraut wird.

Zu den dringendsten Wünschen der Anstaltsärzte gehört, daß sie möglichst bald die Berechtigung erlangen, ihre Auskünfte selbst zu unterzeichnen, mag auch der Entwurf dem leitenden Arzte vorgelegen haben. Täglich erhalten wir Anfragen von der Staatsanwaltschaft und sehen, daß auch der jüngste Assessor sich als „Der Erste Staatsanwalt i. A." unterzeichnet; die Antwort verfaßt ein älterer Oberarzt, aber er darf bei Leibe nicht seinen Namen daruntersetzen. Hier handelt es sich um mehr als Äußerlichkeiten. Die soziale Stellung des Anstaltsarztes, namentlich in kleinen Beamtenstädten, erfordert es, daß er Behörden wie Privaten gegenüber mit seinem Namen hervortreten kann. Das völlige Verschwinden vor der Öffentlichkeit ist nur zu sehr geeignet, ihm den Stempel des lebenslänglichen Assistententums aufzudrücken. Was die forensische Tätigkeit dem Anstaltsarzte so wert macht, sind doch nicht etwa die Terminsgebühren. Vor Gericht findet er oft genug die einzige Gelegenheit, seine durch keine Instruktionen gebundene psychiatrische Überzeugung entscheidend in die Wagschale zu werfen und sie öffentlich mit seinem Namen zu decken, während ihm das gleiche durch die Anstaltsordnung versagt wird.

Die finanziellen Wünsche richten sich nicht nach Gleichstellung mit den Oberlehrern oder Richtern, sondern mit den in der Kommunalverwaltung angestellten Juristen. Nach einer bestimmten Dienstzeit sollte jeder für die Psychiatrie sich eignende Assistenzarzt fest angestellt werden; dann lassen sich auch von den Universitätskliniken Ärzte mit abgeschlossener Vorbildung für die Provinzialanstalten gewinnen, ohne daß sie den im Dienste älteren Kollegen vorgesetzt werden. Sollen die weiteren Gehaltserhöhungen lediglich in Alterszulagen bestehen, oder sollen sie nur durch die Beförderung in eine höhere Rangklasse erworben werden? Der Grundsatz, daß nur mit dem höheren Range sich das höhere Einkommen verbindet, das „Stellensystem", ergibt sich dort von selbst, wo für ein regelmäßiges Aufrücken gesorgt wird, beim Militär. Aber auch dort würde die Beförderung stocken, wenn jeder Hauptmann oder Major sich selbst das Ende seiner Felddienstfähigkeit bestimmen könnte und nicht von oben her zum Abschied gezwungen würde. Wer für das Stellensystem schwärmt, muß folgerecht auch den „blauen Brief" in die Psychiatrie einführen. Bei allen Vergleichen mit militärischen Einrichtungen vergesse man nie, daß der Militärarzt durchschnittlich im 45. Lebensjahre mit ausreichendem Ruhegehalt ausscheidet, während der Anstaltsarzt noch weitere 20 Dienstjahre vor sich hat. Gänzlich verfehlt wäre es, zwischen den Anstaltsärzten, deren Tätigkeit keine sachlich begründeten Unterschiede bietet, Rangklassen zu errichten, um künstlich den Begriff des Avancements zu schaffen. Trotz aller Mängel dürfte das System der Alterszulagen den Verhältnissen des Anstaltsbetriebes am meisten gerecht werden; es würde zugleich die allzuhäufigen Versetzungen der Ärzte mindern, mit denen weder dem Arzte selbst noch den Kranken gedient ist.

Vorstehende Wünsche gelten, das sei ausdrücklich betont, ausschließlich für Ärzte, die mindestens fünf Jahre in der Psychiatrie tätig sind, mögen sie Anstaltsärzte heißen oder den Titel „Oberarzt" führen. Wie die Ausbildung der Assistenzärzte geregelt werden soll, bleibe dahingestellt. Es handelt sich vor allen Dingen um eine V e r m e h r u n g der Stellen mit eigener und verantwortlicher Tätigkeit, die nicht einer täglichen und stündlichen Kontrolle, sondern dem freien Pflichtgefühl unterworfen sind. Von der Schaffung „selbständiger Abteilungsärzte" ist kein Fortschritt zu erwarten. Hüten wir uns, eine Verbesserung unserer Zukunft nur in gewissen Diensterleichterungen für alternde Ärzte zu suchen! Nicht daß wir am Sonntag dienstfrei sind oder des Nachts nicht mehr herausgeklingelt werden, ist das Ende unserer Wünsche, sondern wir begehren als das Ziel unseres Lebens für unseren Beruf einen anderen Inhalt als den eines Organes, welches lediglich „die Verfügungen schleunig und sorgfältig zur Ausführung zu bringen hat".

Über Gefängnispsychosen.

Vortrag in der jurist.-psychiatr. Vereinigung in Zürich am 7. Juni 1907.

Von Dr. *Riklin*-Rheinau.

(Fortsetzung.)

Neuestens hat Bonhoeffer*) Fälle publiziert, welche für unsere Angelegenheit besondere Bedeutung haben. Es ist Bonhoeffer darum zu tun, nachzuweisen, daß auf dem Boden der Entartung auch außerhalb der manisch-depressiven, der epileptischen und hysterischen Anlage akute psychotische Prozesse vorkommen, die als selbständige Erkrankungen disponierter Individuen zu gelten haben und die nicht irgend einer Form der Dementia praecox zuzurechnen sind. Seine Fälle stammen aus dem an degenerativen Zuständen reichen Material der Breslauer Beobachtungsstation für geisteskranke Gefangene, dessen Natur aus der folgenden prozentualen Zusammenstellung ersichtlich ist:

Hebephrenie	Dementia praecox	25
Katatonie	Dementia praecox	6
Paranoide Wahnbildung	Dementia praecox	10
Chron. und subakute Wahnbildung ohne Defektsymptome		8
Querulantenwahn		3
Degenerationspsychosen einschl. Hysterie		12
Epilept. Psychosen		13
Imbezillität und Idiotie		9,5
Manisch-depressiv		3
Progressive Paralyse		3
Alkoholpsychosen		2,5
Organ. Hirnleiden		3
Senium		0,5
Symptomat. Psychosen		1,5
Simulation		0,5.

Bonhoeffer schildert nun an Hand genauer Krankengeschichten und langer Beobachtung drei Krankengeschichten von degenerativen Psychosen (bei denen wir unsererseits überall einen Haftkomplex in der Krankengeschichte gewahren, da es sich um in der Haft auftretende Psychosen handelt!).

Die erste Gruppe umfaßt Degenerierte vom Charakter der unsteten Form der Debilität, bei denen einfache paranoide Psychosen auftreten. Bei den Fällen dieser Gruppe entwickelt sich bei Individuen, die von Jugend auf einen Hang zu unsteter Lebensführung zeigten, während des Strafanstaltsaufenthaltes eine Psychose, die nach den wesentlichsten Symptomen zunächst jedenfalls als eine paranoische zu bezeichnen ist. Die Abhängigkeit der Symptome von der Art der Umgebung ist deutlich. Mit der Entfernung aus dem Gefängnismilieu schwinden bald die akuten Symptome und es entwickelt sich Krankheitseinsicht, die in einem Fall nicht vollständig wurde. Bei diesem Fall wurde alles korrigiert, außer den Beziehungsideen und den Beeinträchtigungsideen gegen Anstaltsbeamte; Bonhoeffer mißt diesem Punkt keine prinzipielle Bedeutung bei, weil der Gedanke, absichtliche Chikanen von den Beamten zu erfahren, bei Zuchthausinsassen geläufig sei. Auch lag in diesem Fall die Ursache außerhalb des psychotischen Prozesses, der seinerzeit zur Wahnbildung Veranlassung gab.

Eine Vergleichung mit den Fällen von Rüdin ergibt keine vollständige Übereinstimmung. Es braucht also noch weitere Studien, um die Frage der klinischen Unterbringung aller Haftpsychosen und darunter der charakteristischen zu lösen.

Trotz des paranoischen Bildes, das die Kranken dieser ersten Bonhoefferschen Degeneriertengruppe während der akuten Krankheitsperiode zeigen, läßt das ursprüngliche Temperament eine paranoische Denkrichtung vermissen; die Psychose steht unvermittelt der ursprünglichen Persönlichkeit gegenüber.

In der zweiten Gruppe bringt der Verfasser Degenerierte mit Querulantenwahntypus unter, wo die Psychose gewissermaßen die Steigerung einer vorher bestehenden paranoischen Anlage darstellt. Hier tritt später auch das in der Haft erworbene Psychotische bei Veränderung des Milieus zurück, der frühere Querulantentypus bleibt; ein Defektzustand tritt nicht ein.

In einer dritten Gruppe bespricht der Autor Fälle, in denen es in der Haft zu einer umfassenden, das ganze Vorleben retrospektiv fälschenden Wahnentwicklung kam. Sie wurden zunächst als unheilbare Fälle chronischer Paranoia aus dem Strafvollzug entlassen. Nach jahrelanger Dauer trat, ohne Entwicklung eines Defektzustandes, Genesung ein. Auch hier tragen die Wahnideen den Charakter des Haftkomplexes, aber mit enormer Weiterbildung.

*) Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Sammlung zwangl. Abhandl. a. d Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Halle a. S. 1907. Carl Marhold.

Diese Uebersicht aus der neuern Literatur zeigt uns die mannigfaltige Ausbildung des Haftkomplexes auf verschiedenem Boden und die Vielgestaltigkeit sogar auf engumschriebenem klinischen Felde. Wie gesagt, sind zur endgültigen Lösung und Umschreibung der aufgestellten Frage noch viele, sich über Jahre erstreckende, psychologisch und klinisch genau untersuchte Einzelbeobachtungen nötig. Unter Berücksichtigung des Materials von Rheinau und Burghölzli möchte ich einige Beispiele von Gefängniserkrankungen anführen.

Zuerst möchte ich auf ein Krankheitsbild hinweisen, dessen Auftreten allerdings durch die Haft, durch die Einsamkeit und dunkle Arrestlokale ganz besonders befördert wird, weil es in sich schon in hervorragender Weise zu Sinnestäuschungen neigt: das Delirium tremens. In der Haft bricht es aber immer sehr rasch aus, innerhalb der ersten Tage, und wird auch meist sehr rasch erkannt, dank der Häufigkeit und Popularität dieser Psychose. Bei langer, z. B. mehrjähriger Haft, kommt das Delirium tremens wohl nicht mehr in Betracht. Es setzt chronischen Alkoholgenuß voraus, und in unseren Gefängnissen sind die dazu nötigen Bedingungen kaum vorhanden.

Immerhin gibt das Delirium tremens oft zu irrtümlichen Verwechslungen mit andern in der Haft entstandenen Psychosen Anlaß; besonders werden andere deliröse Zustände, besonders hysterische und epileptische Dämmerzustände, oft mit Delirium tremens verwechselt. So erhalten wir hier und da Patienten zur psychiatrischen Begutachtung, bei denen in der Haft ein deliröser Zustand anderer Natur ausgebrochen ist, mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose Delirium tremens zugeschickt.

Vor einigen Jahren konnte ich im Burghölzli einen Fall von epileptischem Dämmerzustand beobachten, der in einem Bezirksgefängnis ausbrach und bei dem die Haft vielleicht auch ein wenig mitgewirkt hat.*)

Der betr. Epileptiker hatte einen Schnapser zum Vater und eine Epileptikerin zur Mutter, war 37 Jahre alt und schon ziemlich stark epileptisch verblödet; er arbeitete an verschiedenen Orten als Tagelöhner, vagierte dazwischen wieder herum, verübte auch kleinere Diebstähle, wurde mehrmals aufgegriffen und in die Heimatgemeinde abgeschoben, kurz vor der Aufnahme in die Anstalt war er für ein Jahr in einer Zwangsarbeitsanstalt versorgt gewesen, damit er dort an regelmäßiges Arbeiten gewöhnt und vom Trinken abgehalten werde, bei einer soweit vorgeschrittenen Epilepsie natürlich erfolglos.

Am 7. August 1902 wurde er in Zürich wegen Schriften- und Mittellosigkeit arretiert und in die Heimatgemeinde abgeschoben. Sein Benehmen war geordnet und nicht auffallend. In der Heimatgemeinde wurde er dem Gemeindeschreiber, einem Verwandten, vorgeführt, der ihm „die Levite" las und einen Lumpen nannte. Dann wurde er im Bezirksgefängnis untergebracht. Er empfand diese Behandlung, besonders da er Epileptiker war, mit dem bekannten übertriebenen Gerechtigkeitsgefühl dieser Kranken ihrer eigenen Person gegenüber, als sehr ungerecht, besonders weil man ihn einsperrte, ohne daß er ein Verbrechen begangen habe. Er bekam dann im Gefängnis einen Anfall, an welchen sich ein schwerer, erregter Dämmerzustand von acht Tagen Dauer anschloß. Er wurde ins Burghölzli gebracht, war sehr erregt, lärmend, halluzinierte Überschwemmungen, welche auch sein väterliches Heimwesen überfluteten, daneben auch eine Feuersbrunst, und war im Bett ängstlich und mißtrauisch, verkannte die Umgebung und fürchtete, man wolle ihn umbringen. Dann rief er wieder den Vater und den Verwandten, welche er vor der Türe sagen hörte, es wäre doch schade, wenn er auf so elende Art aus dem Leben scheiden müßte. Ein neuer Anfall schloß den Zustand ab, worauf Patient klar war; aber es bestand nun eine vollständige Erinnerungslücke, welche sich rückwärts bis über die Zeit der Verhaftung zurückerstreckte. Es gelang dann, diese ganze Amnesie in einer Reihe von hypnotischen Sitzungen zu heben.

Es scheint mir nicht unwahrscheinlich, daß die Gefangensetzung, die er als ungerecht empfand, zum Zustandekommen der ängstlichen Gemütslage mit entsprechenden Sinnestäuschungen, vermischt mit Halluzinationen der Angehörigen, welche ihn in seiner bedrängten Lage besuchten und sein Los bedauerten, beigetragen hat. Ebenso mag die psychische Erregung mitgeholfen haben, den epileptischen Anfall mit dem nachfolgenden Dämmerzustand auszulösen.

Eduard W., geb. 1866, Korbmacher, stammt aus einer schwachsinnigen und somit abnormen Familie. Er selbst leidet an angeborenem Schwachsinn. W. zeigte sich arbeitsscheu, faul, zum Vagabundieren neigend. Wegen kleinerer Betrügereien und Diebstähle wurde er in einer Reihe von Fällen zu kürzern Gefängnisstrafen verurteilt. Einmal wurde er auch verurteilt wegen Fälschung des Familienstandes, wozu ihn aber die Heimatgemeinde seiner Frau geradezu veranlaßt hatte! Von der ersten Frau wurde er geschieden, die zweite war eine bereits vorbestrafte, übelbeleumdete Person. Mit dieser und ihrem Kinde hauste er z. T. im Walde oder in verlassenen Hütten. Im September 1902 endlich verurteilte ihn das Schwurgericht wegen Notzucht, begangen an einem Kind seines Bruders, zu 1 1/2 Jahren Zuchthaus. Dieser Bruder selbst wurde wegen Inzest mit seinem gleichen Töchterlein verurteilt. Die beiden Familien

*) Vgl. meine Dissertation: Hebung epileptischer Amnesien durch Hypnose, Fall I. Leipzig, J. A. Barth, 1903. Journal f. Psychologie u. Neurologie.

führten z. T. gemeinsamen Vagantenhaushalt. W. wurde nur auf Angabe des Kindes hin verurteilt. Er selbst leugnete hartnäckig, auch jetzt noch.

Während des letzten Strafvollzuges zeigte er sich als schlechter, fauler Arbeiter. Von Ostern 1903 an sagte er beständig zu den Aufsehern, man solle ihn entlassen. Am 9. Mai abends fand man ihn in seiner Zelle, einen Hosenträger fest um den Hals geschnürt und ein Taschentuch in den Mund gestopft, mit ganz violettem, blutunterlaufenem Kopf. Er hatte einen Selbstmordversuch gemacht. Die Wiederbelebungsversuche waren erfolgreich. Am Morgen des 10. Mai dankte er für die Lebensrettung, lag aber starr und regungslos da. Am 11. Mai kam er ins Burghölzli, wo noch immer starke Spuren des Selbstmordversuches an ihm zu beobachten waren. Er war jetzt orientiert, aber ängstlich, beteuerte seine Unschuld und gab an, man hätte ihn im Zuchthaus töten wollen. Unterwegs habe er noch gehört, daß der Aufseher Bopp im Tunnel bereitstehe, um ihn totzuschlagen. Er war zuerst noch mißtrauisch, weinte viel, wies das Essen zurück, hörte Stimmen von oben, welche sagten, man werde ihn doch noch töten, das Beil sei schon bereit u. dgl. Einen der Ärzte hielt er für den Staatsanwalt. Er drohte wieder mit Selbstmord. Den Vorgang im Zuchthaus stellte er folgendermaßen dar:

Er sei meist in Einzelhaft gewesen, weil er im Webereisaal angeblich nicht genug gesehen habe zum Winden und weil er im Schustereisaal wegen des Schwagers nicht habe bleiben wollen. Es sei ganz gut gegangen. Zu Ostern habe er einen Brief an die Frau geschrieben, worin er seine Unschuld beteuerte. Einige Tage später hörte er, er werde entlassen; der Aufseher sagte es einem Sträfling in der Nebenzelle, man sprach deutlich von Nr. 134, seiner Nummer. Das Gericht habe ihn unschuldig gesprochen, seine Entlassung sei auf den 24. April festgesetzt. (Wunscherfüllende Halluzinationen.) Dann habe der Direktor gesagt, vor der Türe, man tue ihn jetzt in eine „Doppelzelle", damit er es weniger merke, wenn er entlassen werden sollte. Im Essen sei Gift gewesen, er habe gehört, man wolle ihn töten, und als er geweint habe und nicht mehr habe essen wollen, habe man ihn in die „Doppelzelle" verbracht. Andrerseits seien aber auch Anstalten getroffen worden, ihn zu entlassen, verschiedene Aufseher seien schon bereitgestanden, ihn abzuholen. Auch seine Frau sei vor der Zelle gewesen und habe dem Aufseher für seine Entlassung 10 Fr. versprochen.

Er war bei der Exploration noch ängstlich und deprimiert, weil man ihn mit der Entlassung so zum besten gehalten habe und ihn doch noch töten wolle. Er habe den Selbstmordversuch gemacht, weil er sich lieber habe selbst umbringen wollen, statt erschlagen oder vergiftet zu werden.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Zur Frage: **Anrechnung der in der Irrenanstalt verbrachten Zeit auf die Strafzeit** (cf. die Artikel von Rixen, dieser Jahrgang Nr. 26 und Spliedt, Nr. 30, auch den von Fries, Jahrgang IV, Nr. 25) sei mir ein historischer Hinweis gestattet. In den „Annalen der Preußischen inneren Staatsverwaltung", IX, 1825, Seite 705 finde ich folgendes „Reskript der Königlichen Ministerien des Innern und der Justiz an den Königlichen Ober-Präsidenten Herrn Staatsminister von Ingersleben, Exz. zu Koblenz, die fernere Straf-Vollstreckung an den in Gefängnissen wahnsinnig gewordenen Sträflingen betreffend".

„Von der Regierung zu Cölln ist hier aus Veranlassung eines unterdessen beseitigten Spezial-Falles der Antrag gemacht worden, die Suspension der gegen einen Verurtheilten erkannten Gefängniß- oder Reclusions-Strafe in den Rhein-Provinzen für den Fall, wo derselbe wahnsinnig wird, eintreten zu lassen.

Im Allgemeinen würde nun aber das Prinzip, daß eine Strafe an einem Wahnsinnigen gar nicht fortgesetzt werden könne, und die Detention des letzteren, als solchen, auf die Strafe garnicht anzurechnen sei, ein zu harter Grundsatz bei einem Krankheitszustande sein, der, weil er zu den unglücklichsten gehört, den damit Behafteten mit Recht zu einem Gegenstande des höchsten Mitleidens und schonender Berücksichtigung macht, und kann deshalb auch jener Antrag nicht stattfinden. Nicht allein des dabei zur Sprache kommenden Kosten-Punktes halber, sondern auch in allgemeinen Rücksichten finden die unterzeichneten Ministerien es jedoch nothwendig, die Administrations-Beamten mit einer bestimmten, dieselben gegen diesfällige Ausstellungen rechtfertigenden Anweisung dahin versehen zu lassen, daß zwar der Zeitraum, während welchem ein Sträfling in einer Irren-Anstalt zur Heilung, oder um nicht sich und anderen zu schaden, aufbewahrt werden muß, demselben auf die richterlich festgesetzte Dauer der Strafzeit zur Anrechnung zu bringen sei, für die diesfälligen Kosten aber nicht der Etats-Fonds der Gefangen-Anstalt, sondern das eigene Vermögen des Sträflings, oder in Ermangelung desselben die subsidiarisch Verpflichteten aufzukommen haben.

Ew. Excellenz werden hiervon in Kenntniß gesetzt, und wollen Sie dem gemäß den Regierungen Ihres Ober-Präsidial-Bezirks das Erforderliche gefällig zugehen lassen. Dem General-Procurator am Rheinischen Appellations-Gerichtshofe zu Cölln wird davon ebenfalls Mittheilung gemacht werden.

Berlin, den 7. August 1825.

Der Minister des Innern abwesend. — Der Justiz-Minister Graf v. Danckelmann."

Im Jahre 1840 wird auf dieses Reskript Bezug genommen in einem Justiz-Ministerial-Erlaß (Justiz-Min.-Blatt 1840, S. 190).

Daß es inzwischen aufgehoben oder durch ein anderes ersetzt worden wäre, konnte ich nirgends finden; höchstens könnte man im § 493 St. P. O. seine Weiterexistenz erblicken. Bresler.

— **79. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden** vom 15. bis 21. September 1907. (Fortsetzung.)

Abteilung für Neurologie und Psychiatrie.

2. Herr Mattauschek-Wien: Über einige Rasseneigentümlichkeiten der Wehrpflichtigen Bosniens und der Herzegowina.

Vortragender hat seit Jahren die bosnisch-herze-

gowinischen Soldaten in neurologisch-psychiatrischer Richtung untersucht. Nach einigen ethnographischen Bemerkungen, die zeigen, daß das schöne und kräftige Aussehen dieses Menschenschlages mit einer geringen Widerstands- und Leistungsfähigkeit kontrastiert, führt er aus, daß speziell für Hysterie und Epilepsie den Bosniaken eine ungewöhnlich hohe Disposition zukommt. Besonders auffallend sind sowohl vorübergehende als auch dauernde und schwere hysterische Symptomenkomplexe bei verschiedenen Organerkrankungen, so daß es bei Rekruten manchmal zu wirklichen hysterischen Epidemien kommt. Im Gegensatz dazu steht die relativ geringe Zahl der beobachteten Geisteskrankheiten (4% gegen 8% bei den übrigen Truppen), ebenso die sehr niedrige Zahl der Selbstmorde bei den bosnisch-herzegowinischen Soldaten (0,2% gegen 1% bei den übrigen Truppen).

Der Grund für die offenkundig erhöhte Disposition zur Epilepsie und Hysterie ist wohl in der niederen Rasse, Heredität, Lues und Tuberkulose, verschärft durch die geringe Blutmischung innerhalb des kleinen Volksstammes zu suchen. Vortr. hat deshalb 400 bosnische Soldaten auf Degenerationszeichen untersucht und fand bei ihnen in 16,5% das Zusammentreffen von drei oder mehr sicheren Degenerationszeichen, während bei einem entsprechend großen Kontrollmateriale nur 8% Individuen mit drei oder mehr Degenerationszeichen sich fanden. Zum Schluß spricht Vortragender seine Überzeugung dahin aus, daß bei dem bosnisch-herzegowinischen Volke auf Grund der besonderen ethnologischen und sozialen Entwicklung und der zahlreichen pathogenen Momente die Entartung größere Fortschritte gemacht hat als durch den Effekt einer kaum zwanzig Jahre lang wirkenden Zivilisation erklärt werden könnte.

Diskussion.

Herr Meyer fragt an, wie es sich mit einer Angabe der Literatur verhält, nach der auffallend wenig psychisch-nervöse Störungen nach Trauma in Bosnien vorkommen.

Herr Fischer erinnert daran, daß bei der bosnischen Bevölkerung trotz stark verbreiteter Syphilis die progressive Paralyse sehr selten ist.

Herr Schüller fragt an, ob sich unter den Degenerationszeichen auch eine abnorme Kleinheit des Genitales häufiger gefunden habe.

Herr Mattauschek (Schlußwort) bezüglich der Anfrage des Herrn Meyer: Es mag der Unterschied darin liegen, ob die Individuen in der Heimat und unter gewohnten Lebensverhältnissen von Traumen getroffen werden oder bei den erhöhten Anforderungen, die in der Fremde an sie gestellt werden. Bezüglich der Anfrage des Herrn Schüller: Die Zahl der konstatierten Hypoplasien des Genitales war selbstverständlich klein, da es sich um diensttaugliche Soldaten handelte.

3. Herr Rothmann-Berlin: Zur Funktion der hinteren Vierhügel.

Über die Bedeutung der hinteren Vierhügel waren bisher weder die anatomischen, noch auch die physiologischen Untersuchungen zu einer Übereinstimmung gelangt. Rothmanns eigene Versuche wurden an Hunden angestellt. Sowohl einseitige wie doppelseitige Zerstörungen wurden vorgenommen. Die einseitige war ohne jede Wirkung, nach doppelseitiger Zerstörung waren die Tiere anfangs völlig taub, lagen in den ersten Tagen zusammengekauert in einer Art Dämmerzustand, ähnlich wie großhirnlose Hunde. Motilität und Sensibilität waren ungestört, Ohrbewegungen und Stimmäußerungen fehlten dagegen vollkommen. Auch in den nächsten Monaten wurde bei den gewöhnlichen Hörprüfungen keine wesentliche Wiederherstellung des Hörvermögens nachgewiesen.

Anders bei Prüfung mit der neuen von Kalischer ausgebildeten Methode, die sich auf die Dressur auf einen bestimmten Ton stützt und die eine außerordentlich scharfe Prüfungs- und Einübungsmethode des Gehörsinns darstellt. Es ließ sich feststellen, daß auch den operierten Hunden nach einiger Zeit eine Tonwahrnehmung und eine allerdings unsichere Tonunterscheidung wieder zur Verfügung stand. Doch erlangte die Tonunterscheidung niemals die Sicherheit der normalen Hunde.

Nach Zerstörung der corpora geniculata med. erwiesen sich alle Dressurversuche auf Tonwahrnehmung als vergeblich. Diese Hunde blieben so gut wie völlig taub.

Die anatomische Untersuchung der operierten Gehirne ergab, daß vom hinteren Vierhügel direkt keine Bahnen weder auf- noch absteigend zu verfolgen sind, auch nicht im Arm des hinteren Vierhügels. Hiernach stellt der hintere Vierhügel einen Nebenschluß der zur Hirnrinde heraufziehenden Hörleitung dar, ohne dessen Funktion normalerweise keine Gehörempfindung zu stande kommt. Das corpus geniculatum med. ist das subkortikale Zentrum des Gehörsinns.

Diskussion:

Herr von Monakow erblickt in den Befunden R.s eine wertvolle Bereicherung unserer Kenntnisse über die subkortikalen Hörzentren. Die anfänglichen schweren Gleichgewichtsstörungen nach Abtragung der hinteren Vierhügel sind wohl auf eine temporäre Beeinflussung (Diaschisis) von Labyrinthfasern zu beziehen.

Herr Kohnstamm: Herr R. schließt aus seinen Befunden, daß der nucleus intratrigeminalis des hinteren Vierhügels Neurone entsendet, die nur bis zur oblongata gehen. Dies stimmt mit K.s Befunden gut überein.

Herr Mingazzini erinnert an Versuche von Dr. Sgobbo, der ähnliche Operationen an Kaninchen ausgeführt hat.

Herr Rothmann glaubt nicht an eine Diaschisis-Wirkung bei seinen Ergebnissen. Die Bedeutung seiner Versuche liegt im Operieren bei einem so hochstehenden Säugetiere wie dem Hunde und in dem genauen Nachweis der allerdings unvollkommnen Wiederherstellung des Hörvermögens.

4. Herr Curschmann-Mainz: Über spastischen Tortikollis bei Labyrintherkrankungen.

Das Hypothetische, das der inneren Ätiologie der scheinbar funktionellen Tortikollisformen anhaftet, steht in geradem Verhältnis zur häufigen Machtlosigkeit der Therapie. Man muß demnach versuchen, organische Ursachen zu finden, im Dienste einer zweckmäßigen Therapie. Eine derartige organische Ursache scheinen Vortr. Labyrintherkrankungen darzustellen.

Er schildert folgenden Fall: Seit über zehn Jahren Otitis media und interna, dann Ménièresche Symptome. Diese führten, da Patient bemerkte, daß der Schwindel bei Rechtsdrehung und Senkung des Kopfes aufhörte, zu einer Schiefhaltung. Diese ging im Laufe der letzten zwei Jahre in einen starren spastischen Tortikollis über. Bewegung des Kopfes um alle Achsen bis auf die Sagittale nach rechts frei. Bei Forzierung der Bewegung um die Sagittalachse nach rechts erfolgt regelmäßig enorme Zunahme des Karussellschwindels und des Nystagmus. Bei allen Körperhaltungen wurde das Verhältnis der Kopfhaltung zur Sagittalachse ängstlich beibehalten. Es besteht typische, chronische Labyrintherkrankung. Gehör für tiefe Töne aufgehoben. Auf Chininbehandlung erfolgte zuerst Besserung der Ménièreschen Störungen und dann allmähliche völlige Heilung des Tortikollis.

Die labyrinthäre Entstehung des spastischen Tortikollis scheint, obwohl bisher in der Literatur noch nicht erwähnt, nicht ganz selten zu sein. Vortr. hat seit 1906 noch zwei ähnliche Fälle beobachtet, die beide ebenso auf Chinin reagierten. Er fordert bei der Hoffnungslosigkeit so vieler Tortikollisfälle auf, stets nach Labyrinthstörungen zu suchen.

Diskussion:

Herr Frankl-Hochwart glaubt, daß die Fälle C.s doch eine Rarität darstellen müßten, da er unter seinen ca. 300 Fällen noch keinen solchen gesehen habe. Er wendet sich gegen die Chinintherapie, der Ménièresche Schwindel heilt in den meisten Fällen nach Jahren auch ohne Behandlung. Die besten Behandlungsmethoden sind noch Brom-, Jodpräparate, Galvanisation, Höhenluft.

Herr Rothmann: Bei einer Frau in mittleren Jahren trat plötzlich ein heftiger klonischer Krampf im linken Kukullaris und Sternokleidomastoideus auf. Nach erfolgloser medikamentöser Behandlung ergab die Untersuchung des durchaus nicht empfindlichen Ohres einen abgestorbenen kleinen Käfer im äußeren Gehörgang. Entfernung desselben bewirkte promptes Aufhören des Akzessoriuskrampfes, der also mit der Sicherheit eines Experimentes eine Folge der Ohrreizung war.

Herr Sänger hat entgegen Frankl-Hochwart doch vom Chinin nach vergeblicher Anwendung vieler anderer Mittel gute Wirkungen gesehen.

Herr Curschmann (Schlußwort): Auch die Ohrenärzte haben die vorsichtige Chininbehandlung bei Labyrinthstörungen noch nicht verlassen, besonders ist sie angezeigt, wenn die Vertaubung schon weiter vorgeschritten ist. Die Labyrinthstörungen sind in seinen Fällen auch nur die periphere Ursache gewesen. Eine Anlage zur Krampfdiathese muß dazu kommen, sonst würde das geschilderte Zusammentreffen viel häufiger sein.

5. Herr Trömner-Hamburg: Indikationen der Hypnotherapie.

Vortr. hat bei etwa einem Drittel seiner poliklinischen und Privatpatienten die Hypnose angewendet. Je tiefer dieselbe gelang, umso besser waren die Resultate. Er hat von organischen Erkrankungen multiple Sklerose, Myelitis, Paralyse agitans und Tabes hypnotisch behandelt. Nur bei Tabes hatte er mehrfach überraschende Erfolge, besonders den lanzinierenden Schmerzen, gastrischen Krisen, einmal der Ataxie gegenüber.

Von Motilitätsneurosen wurden Tik, Schreibkrampf, Stottern, Chorea behandelt. Speziell hat er von 20 Stotterern 4 geheilt, 14 gebessert, 2 nicht beeinflußt. Die Dauerhaftigkeit der hypnotischen Erfolge schien größer als die der übungstherapeutischen. Oft ist eine Kombination beider Methoden zweckmäßig. Die beste Prognose bei der Hypnotherapie gegen solche Fälle, wo infolge von Angst und Oppressionsgefühlen gestottert wird.

Leichtere Fälle von Chorea sind hypnose- und besserungsfähig.

Von den sensiblen Neurosen waren besonders auffallend die Erfolge bei reiner Trigeminus-Neuralgie. Vortr. schildert kurz drei überraschend prompt beeinflußte, jahrelang vergeblich behandelte Fälle und stellt die Forderung auf, daß jeder Fall von Trigeminus-Neuralgie, bevor er dem Operateur zugewiesen wird, einer hypnotischen Behandlung unterzogen werden soll. Neurasthenische Kopfschmerzen reagierten in der Regel sehr leicht, von pathologischen Gewohnheiten wurden erfolgreich Nägelkauen, Masturbation, Lügen und Stehlen behandelt. Ferner alle Arten von Schlafstörungen. Erfolge sah er weiter bei Migräne, Epilepsie, Hypochondrie, vor allem auch bei Enuresis nocturna und diurna. Zum Schluß empfiehlt er die Hypnotherapie als unbedingt günstig in folgender Reihenfolge: Trigeminus-Neuralgie, Enuresis, pathologische Gewohnheiten, Schlafstörungen, tabische Schmerzen, Stottern, Kopfschmerz, Migräne, Asthma, Angstneurosen, Verstopfung.

Diskussion:

Herr Curt Schmidt: Durch Aufzählung einzelner Krankheitsformen kommen wir bei der Indikationsstellung für die Hypnose nicht weiter, sondern nur durch die Betonung der psychischen Ätiologie und des Nichterfolges der Wachsuggestion.

Herr Kohnstamm weist auf den Unterschied zwischen psychisch entstandenen und psychisch beeinflußbaren Krankheitserscheinungen hin. Beispiel vor allem: hypnotische Beeinflußbarkeit der Menstruationsstörungen. (Fortsetzung folgt.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 32. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien.) Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Wien. Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Neuronal

(Bromdiaethylacetamid D. R.-P.)

Bewährtes, unschädliches **Hypnoticum** in Gaben von 0,5—1,0—2,0 g.
Ausgezeichnetes **Sedativum** und Ersatz der Bromsalze in Gaben von 1—2—3 g. pro die
Antiepilepticum 3 mal täglich 0,5 g.
Analgeticum bei epileptischem Kopfweh 0,5 g.
Neuronal-Tabletten zu 0,5 g

Neurofebrin **(Neuronal-Antifebrin āā).** Hervorragende Erfolge bei nervösem Kopfschmerz, Migräne und den Unruhezuständen der Frauen zur Zeit der Menses.
Neurofebrin-Tabletten zu 0,5 g 937

Orexin	Jodol	Hetol
echtes Stomachicum **Orexin-Tabletten** und **Orexin-Chocol.-Tabletten.**	Bester Jodoform-Ersatz **Menthol-Jodol.**	**Hetol-Injektionen.**

Litteratur durch: **Kalle & Co. A.-G., Biebrich a. Rh.**

Im Ctr. des vornehmsten W. Vorortes von Berlin, ist ein mit der **Konzession zum Betriebe einer Irrenanstalt** versehenes Grundstück (geeignetes Anstaltsgebäude mit grösserem Park) **baldmöglichst** unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre: **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

Dr. Warda, früher I. Assistenzarzt von Herrn Geheimrat Professor Dr. Binswanger in Jena, empfiehlt seine Heilanstalt für Nervenkranke

Villa Emilia

zu **Blankenburg** im Schwarzatal (Thüringen). Die Anstalt ist durch einen schönen und zweckmäßigen Neubau vergrößert und das ganze Jahr geöffnet. 987

Hartglasplatten zur Verglasung von

Unruhigen- und Tobzellen,

sowie für **Beobachtungsfenster**

infolge ihrer **grossen Widerstandsfähigkeit**
unbedingt zuverlässig,
bei vielen Anstalten seit langen Jahren im Gebrauche,
liefert **unter Garantie** billigst

Curt Zieger, Hartglasfabrik, **Dresden-A. 18.**

Zum baldigen Eintritt wird ein

Oberpfleger

gesucht. Gehalt vorläufig 1200 M., ab 1. April 1908 1400 M., steigend bis 2000 M., daneben erhalten Verheiratete Familienwohnung m. Garten, Unverheiratete möbliertes Zimmer. Verlangt wird gute Schulbildung, Umsicht, Tatkraft, Erfahrung in der Irrenpflege.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften erbeten an die Direktion der

Provinzialheilanstalt Warstein i. W.

Kgl. Württ. Heilanstalt Zwiefalten.

An der hiesigen Anstalt ist sofort eine

Assistenzarztstelle

(6. Arzt) zu besetzen. Anfangsgehalt bei völlig freier Station u. Verpflegung in 1. Klasse 1970 M. jährlich und außerdem 200 M. Getränkeentschädigung. Bewerbungen sind mit Zeugnissen belegt b. d. Direktion einzureichen.

„Friedheim" Zihlschlacht

Thurgau, Schweiz.

Comfortables Heim
(gegründet 1890)

für Nerven- u. Gemüthskranke besserer Stände
incl. **Alkoholiker** beiderlei Geschl.

Dr. F. Krayenbühl
Specialarzt.

Haematogen Hommel

völlig alkohol- und ätherfrei

(gereinigtes concentr. Haemoglobin [DRP. Nr 81391] 80⁰ chem. reines Glyzerin inkl. Geschmackscorrigens 20⁰).

Warnung!

☛ Wir warnen vor Nachahmungen und bitten stets **Haematogen Hommel** zu ordinieren. „Haematogen Hommel" wird zur sicheren Abtötung etwaiger Bakterien während 24 Stunden der höchst zulässigen Temperatur (ca. 55° C.) ausgesetzt, ist daher absolut tuberkelbazillenfrei, völlig entgast und frei von Hippursäure und flüchtiger Fettsäure, während die auf kaltem Wege mittelst Ätherfällung dargestellten Nachahmungen nur gewöhnliche Mischungen repräsentieren, sie bieten keine Sicherheit der Keimfreiheit und bleiben mit den Gasen und Exzetionsstoffen des Blutes belastet.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 32. 2. November. **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Irrenärztliches aus Holland.

Von Dr. *Fritz Hoppe*, Oberarzt an der Provinzial-Irrenanstalt Allenberg bei Wehlau, Ostpr.

Bei der Teilnahme an dem internationalen Kongreß in Amsterdam im Anfange des verflossenen Septembers hatte ich Gelegenheit, einigen holländischen Irrenanstalten einen flüchtigen Besuch abzustatten. Über den Eindruck des holländischen Irrenpflegesystems, den ich dabei empfing, möchte ich in folgenden Zeilen plaudern.

Betrachtet man die Karte von Holland, so erscheinen die Orte mit Irrenanstalten recht dicht gesät im Vergleiche mit vielen Gegenden Deutschlands. Das kommt einesteils daher, daß die Bevölkerungsdichte in den Niederlanden eine recht hohe ist. Andernteils ist man dort von dem alten System großer Anstalten abgekommen und baut kleine mit einer Belegungsfähigkeit bis zu 400 oder 500 Kranken. Ich möchte dies als einen wesentlichen Vorzug hervorheben. Zwar sind große Anstalten für 1000 und mehr Kranke nicht unbedingt zu verwerfen, sie haben ihre gute Berechtigung für Riesenstädte, wie z. B. für Berlin, Wien oder New York. Jedoch für das Bedürfnis der mittelgroßen Städte und der Landbezirke dürften sich kleine Anstalten wohl als erheblich geeigneter erweisen, zumal das alte Vorurteil, daß man im Bau und Betriebe großer Irrenanstalten billiger wirtschaftet als bei kleinen, den Beweis seiner Berechtigung noch nicht erbracht hat. Von verschiedener Seite ist diese Frage ja schon eingehend behandelt worden. Auch von jener Neigung, die Anstalten fernab vom Verkehr, von den großen Städten zu legen, haben sich die Holländer befreit. Sie bauen ihre kleinen Anstalten dicht an die großen Städte, und das ist sehr zweckmäßig. Die Besorgnis, daß die Anstalt die Umwohner und umgekehrt eine nahe große Stadt den Anstaltsbetrieb ungünstig beeinflussen könnte, hat sich ja bekanntlich nicht bestätigt. Und dann noch ein Punkt, der mir beim modernen Irrenanstaltsbau sehr wichtig erscheint. Während ich in einzelnen der neuesten Anstalten gefunden habe, daß die Räume mit immer größerer Pracht, mit immer größerem Luxus gebaut werden, so sieht man bei den modernen holländischen Anstalten eine gesunde Rückkehr zur Einfachheit, zur Beschränkung auf das hygienisch und therapeutisch absolut Notwendige. Damit wird Geld gespart und doch empfindet der gewöhnliche Land- oder Stadtarbeiter — das Gros der Anstaltsinsassen besteht ja aus dieser Klasse — die Abwesenheit des Komforts durchaus nicht unangenehm. Natürlich sind in allen Anstalten auch einige wenige Räume eleganter für Angehörige besserer Stände eingerichtet, so daß diese nicht etwa zu kurz kommen. Bei aller Einfachheit machten jedoch sämtliche von mir gesehenen Anstalten in Holland einen sehr behaglichen, angenehmen Eindruck, dies kommt namentlich durch die sprichwörtliche holländische Sauberkeit und Ordnungsliebe (die Kehrseite ist allerdings die ewige, große Reinmacherei).

Die holländischen Anstalten stehen unter der Leitung eines ärztlichen Direktors. Die Gehälter der Direktoren und der übrigen Ärzte sind im allgemein höher als bei uns in den meisten Provinzialverwaltungen. Als eine weniger praktische Eigentümlichkeit sei erwähnt, daß die Ärzte mit zunehmendem Dienstalter keine Gehaltssteigerung erfahren, vielmehr bleiben sie dauernd — natürlich ausgenommen, daß sie in höher besoldete Stellungen aufrücken — auf ihrem Anfangsgehalt stehen. Sehr gefallen hat mir der Ton und die Stellung des Pflegepersonals, das die Bezeichnung „Brüder" und „Schwestern" führt. Auch auf den Männerabteilungen führt die eigentliche Krankenpflege weibliches Personal aus, nur je ein Bruder ist jeder Männerabteilung beigegeben. Die Station wird von einer Oberschwester geleitet; nur eine einzige Männer-

abteilung pflegt in jeder Anstalt vorhanden zu sein, die ein Oberbruder führt und die nur von männlichem Pflegepersonal versorgt wird. Es ist dies gewöhnlich die Abteilung für Unruhige oder besonders Gewalttätige; hierher kommen dann auch diejenigen



Abb. 1. Meerenberg. Eingang zur Anstalt.

Kranken, die sexuell erregt und geneigt sind, sexuell zu attackieren. Es soll dies übrigens sehr selten vorkommen. So ist z. B. in Meerenberg, wo dieses System bereits seit 15 Jahren besteht, während dieser langen Zeit kein einziges Attentat vorgekommen. Überall wurde mir versichert, daß der allgemeine Ton in den Männerabteilungen durch das weibliche Personal günstig beeinflußt würde. Die kranken Männer scheuen sich aus Rücksicht auf die anwesenden Frauen, obszöne Reden zu gebrauchen, und sind auch durch Frauen zu den Arbeitsleistungen viel leichter zu bewegen. Der Unterschied wird besonders deutlich beim Vergleiche zu den Frauenabteilungen, weil dort eben die Rücksichtnahme auf das Pflegepersonal anderen Geschlechtes fehlt. Die Ausführung der Bäder unterliegt übrigens auf der Männerseite nur Männern. Die Pflegerinnen sind sehr gern auf den Männerabteilungen beschäftigt, weil ihnen der Dienst dort erheblich erleichtert ist, nicht zum wenigsten durch Fortfall des Badedienstes, und weil sie rücksichtsvoller von den Patienten behandelt werden. Die Besoldung der Schwestern beträgt in Meerenberg im ersten Jahre 100 fl. (1 fl. = 1,70 M), im zweiten 125 fl. und steigt dann um 10 fl. jährlich. Die Brüder fangen mit 150 fl. an. Die Oberschwestern erhalten 400 fl., steigend auf 600 fl Daneben wird natürlich freie Statio g-en währt. Die Gehälter sind demnach keineswegs höher als in Deutschland, trotzdem scheint die Qualität des Personals erheblich besser zu sein wie bei uns, wenigstens was die Schwestern betrifft. Das kommt wohl daher, daß die soziale Stellung und der soziale Ruf dieses Pflegeberufes günstiger ist. Man findet unter den Pflegerinnen viele mit höherer Schulbildung aus guten Familien. Die Ausbildung ist eine vorzügliche und wird nach einem Lehrjahre durch ein Examen beschlossen. Das Anschauungsmaterial zum Unterricht in Modellen, Tafeln u. dergl. ist reichhaltig und wertvoll. Daß ein gewisser Andrang zum Pflegeberufe besteht trotz der relativ geringen Gehälter, hat seinen Grund teilweise darin, daß die Pfleger und Pflegerinnen, wenn sie die Anstalt verlassen sollten, die Jahre des Anstaltsdienstes nicht als verlorene Zeit zu betrachten brauchen. Sie können zum allgemeinen Krankendienst übergehen, nachdem sie das dafür vorgeschriebene Staatsexamen abgelegt haben, was ihnen nach der Ausbildung in der Anstalt nicht mehr schwer fällt. Und die staatlich geprüften Krankenpfleger genießen dort anscheinend im allgemeinen eine höhere Achtung als in Deutschland. In der Anstalt ist die soziale Lage des Personals eine sehr günstige. In allen Anstalten, die ich gesehen habe, schlief das Pflegepersonal von den Kranken gesondert. Die Beauf-

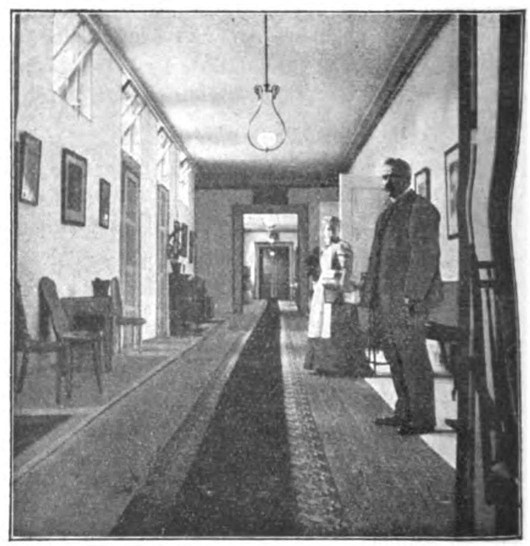


Abb. 2. Meerenberg. Korridor als Tagesraum.

sichtigung der Überwachungsbedürftigen erfolgt durch Nachtwachen (auch auf der Männerseite durch Schwestern) oder dadurch, daß die Pflegerschlafzimmer dicht neben die Krankensäle gelegt sind und durch kleine Glasfenster übersehen werden können (cf. unten

Haag). Die jüngeren Brüder bezw. Schwestern schlafen bis zu vier in einem gemeinsamen Zimmer. Die älteren haben ein oder gar zwei eigene kleine Zimmer, die geschmackvoll ausgestattet sind. Die Mahlzeiten nimmt das Pflegepersonal abgesondert in eigenen Speisesälen zu sich, und zwar in zwei Gruppen geteilt, indem die eine Gruppe die Aufsicht führt, während die andere speist. In den meisten Anstalten bestehen Pfleger- bezw. Pflegerinnenheime mit Bibliotheks-, Unterhaltungszimmern u. dgl.

Die Behandlung der Kranken ist im allgemeinen dieselbe, die in modernen deutschen Anstalten üblich



Abb. 3. Meerenberg. Tagesraum.

ist. Die Isolierung ist auf das möglichste eingeschränkt, wird jedoch nicht grundsätzlich verworfen. In einzelnen Anstalten werden vielfach Dauerbäder gegeben, in der Mehrzahl jedoch scheinen Dauerbäder zur psychischen Beruhigung noch nicht üblich zu sein. Doch wurde mir versichert, daß dies nur eine Frage der Zeit sei und daß man beabsichtige, Dauerbadeinrichtungen zu erbauen, wo sie noch nicht vorhanden wären.

Die Bausysteme der einzelnen Anstalten sind verschieden. Die älteren sind Korridorbauten, während einige neueren im Pavillonsysteme angelegt sind. Die Wasserversorgung geschieht im allgemeinen durch Tiefbrunnen, wobei wegen des hohen Eisengehaltes der wasserführenden Erdschichten Enteisenungsanlagen der üblichen Arten notwendig sind. Die Beleuchtung ist bald Leuchtgas, bald elektrisches Licht. Da bei den Bauten und der inneren Auskleidung der Häuser die Verwendung von viel Holzmaterial üblich ist, sind an zahlreichen Stellen Feueralarmvorrichtungen angebracht.

Die vorstehenden Ausführungen über die holländische Irrenpflege gelten für die meisten Anstalten im allgemeinen; ihnen seien noch einige besondere Bemerkungen über einzelne Anstalten mit Photogrammen beigefügt.

Die Anstalt Meerenberg ist etwa 70 Jahre alt, 1852 erhielt sie den ersten Umbau 1887 wurde sie durch eine Nebenanstalt beträchtlich erweitert. Es ist die erste Anstalt auf dem europäischen Festlande gewesen, die den mechanischen Restraint völlig beseitigte (in der Mitte des vorigen Jahrhunderts). Sie liegt in der Nähe der kleinen Eisenbahnstation Sandpoort, von Amsterdam in einer Stunde erreichbar. Ringsum umgibt sie herrlicher Niederwald auf malerisch hügeligen Dünen, der in der unmittelbaren Nähe parkartig gepflegt und durch einen schönen Teich geziert ist. Der alte Teil der Anstalt ist als Korridorbau von quadratischer Form angelegt. Die Mitten der Seiten dieses Quadrats sind wiederum durch gedeckte Gänge zum Teil mit Gebäuden verbunden, so daß vier quadratische Innenhöfe entstehen. Die Gebäude haben im allgemeinen ein Erd- und ein Obergeschoß, einzelne nur ein Erdgeschoß. Die langen Korridore sind wohnlich mit Mobiliar ausgeschmückt und dienen den Kranken gleichzeitig als Aufenthaltsräume; an der einen Seite schließen sich die Schlaf- bez. Liegeräume an. In den Werkstättengebäuden sind für die arbeitenden Kranken gleichzeitig Schlafräume vorgesehen. Der 500 Personen fassende Festsaal wird tagüber als Arbeitsraum für die Schneidereiarbeiterinnen benutzt. Die Isolierzellen, deren Fenster aus dickem Glase bestehen und noch dazu durch feste Laden geschützt werden können, sind ziemlich zahlreich und werden teilweise zur Separierung bei offener Tür, teilweise zur Isolierung benutzt. Zu den Krankengärten führen aus den Gebäuden geschmackvolle Veranden. Der 1887 entstandene Neubau ist in einiger Entfernung von dem alten Bau gewissermaßen als eine neue, in sich geschlossene Anstalt angelegt. Der Bauplan ist ungefähr derselbe, nur sind die als Tagesräume dienenden Korridore erheblich breiter. Die Belegungszahl der ganzen Anstalt beträgt ca. 1400 Kranke. Die Laboratoriumseinrichtungen sind gute. Die Apotheke wird von einer eigenen Apothekerin verwaltet. Die Wasserentnahme erfolgt aus 20 Tiefbrunnen, das Wasser wird nach Enteisenung in ein auf einer hohen Düne gelegenes Reservoir gepumpt und verteilt sich von dort aus unter eigenem Drucke durch das Rohrsystem. Es bestehen Zentraldampfheizungen; zur Beleuchtung wird Gaslicht verwendet.

(Fortsetzung folgt.)

Über Gefängnispsychosen.

Vortrag in der jurist.-psychiatr. Vereinigung in Zürich am 7. Juni 1907.

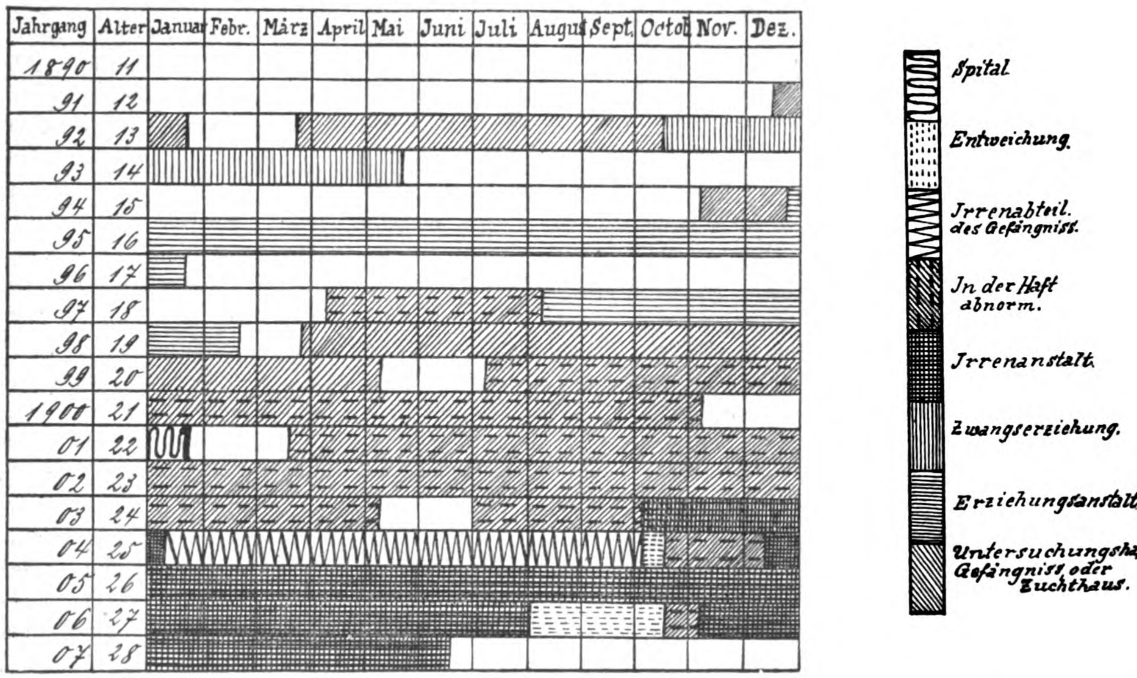
Von Dr. *Riklin*-Rheinau.

(Fortsetzung.)

Die Sinnestäuschungen hörten indes in der Anstalt auf; in Bezug auf die im Burghölzli erlebten korrigierte er, er hielt aber an der Wirklichkeit der halluzinierten Erlebnisse in Regensdorf (Zürcherische Strafanstalt) fest. Nach einem halben Jahr hatte er noch nicht korrigiert. Jetzt aber, nach etwa vier Jahren, glaubt er, daß alles krankhaft war. Er erinnert sich noch an die damaligen Sinnestäuschungen, an den Selbstmordversuch, jedoch nur insofern, als man es ihm nachher mitteilte.

Aus der beigefügten tabellarischen Übersicht ist zu entnehmen, daß er — seine Delikte bestehen meist in raffinierten Diebstählen — noch vor der Schulentlassung ins Gefängnis wanderte und im ganzen, trotz seiner erst 28 Jahre, zehn Haften von immer längerer Dauer hinter sich hat. In der ersten Zeit wurde er nachher jeweilen in Zwangserziehungsanstalten untergebracht.

Die Zeiten, wo er außerhalb des Gefängnisses ist, werden immer kürzer und reichen gerade noch da-



hin, daß er wieder unter betrügerischen Vorgaben die Leute bestehlen kann.

Hingegen ist natürlich sein Schwachsinn, seine Faulheit und sein Hang zum Vagabundieren geblieben. Er ist seit langem in Rheinau. Mehrere Entlassungsversuche, auf die er immer hindrängte, führten zu schlechten Erfahrungen.

Es ist noch hinzuzufügen, daß unter den klinischen Formen der Gefängnispsychosen die auf der Basis des angeborenen Schwachsinns eine der häufigeren ist, was aus Rüdins erster Arbeit, der wenig Schwachsinnige unter seinem damaligen Material hatte, nicht hervorgeht.

Emil J. aus Baden, geb. 1879, Maschinist etc. Dementia praecox mit Haftkomplex. Patient stammt aus belasteter Familie und genoß eine schlechte Erziehung.

Während der dritten Haft, im 18. Jahre, 1897, beginnen in der Haft Symptome geistiger Abnormität. Ich vermute folgenden Zusammenhang: 1896, im Oktober, erhielt er, als er in Arbeit stand, ein Telegramm des Inhalts, er möchte nach Hause kommen. In der Heimatstadt angekommen, erfuhr er dann, daß seine Geliebte von einem Nebenbuhler an der Kirchweih erschossen worden sei. Er bekam sofort einen Anfall mit starker Erregung und Bewußtseinstrübung. Von da an haben wir immer sich häufende Berichte über geistig abnorme Zustände des Patienten, und zwar gleich schon aus der folgenden Haft; es handelt sich um Anfälle, die für epileptiform gehalten wurden. Man brachte ihn mehrmals aus dem Ge-

fängnis ins Spital, wo er einmal entwich und in einer Art Dämmerzustand, nur mit dem Hemd bekleidet, sich im Gebüsch herumtrieb; er kam nach anderthalb Tagen nackt vor die Spitaltüre, immer noch nicht klar. Wahrscheinlich handelte es sich nicht um epileptische Zustände, die später nicht mehr beobachtet wurden, sondern um Störungen, die als Teilerscheinungen einer Dementia praecox aufzufassen sind, die sich immer breiter entwickelte. Symptomatisch sind sie wohl mit jenem Erlebnisse von 1896 in Zusammenhang zu bringen. Auch in den folgenden Haften zeigten sich ähnliche Erscheinungen. Im August 1899 kam er deshalb wieder zur Beobachtung auf eine Krankenabteilung. Er wurde dort sehr erregt und zerschlug etwa am vierten Tag Fensterscheiben und suchte alles zu demolieren. Der Krankenaufseher rapportierte, Pat. sei geistig nicht normal und leide an Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen. Auch 1901 kam er wieder auf die Krankenabteilung wegen Geistesstörung und nachher in Kollektiv- statt Einzelhaft. Letzte Verurteilung wegen Diebstahls 7. August 1903. In der Freiheit scheint man ihm nichts von Geistesstörung angemerkt zu haben. Die Ausführung seiner Diebstähle war raffiniert. Während des Strafvollzuges kam noch ein anderer früher begangener Diebstahl des Exploranden ans Tageslicht, ein neuer Termin war auf den 13. Oktober 1903 angesetzt. Explorand machte inzwischen einen Selbstmordversuch mit nachfolgender Depression. Hierauf hatte er in kurzer Zeit sieben angeblich epileptiforme Anfälle mit lebhaften Delirien. In der Untersuchungshaft, wohin er wegen des neuen Termins verbracht worden war, erkrankte er aufs neue geistig. Schon bei der Transferierung habe er sich verwirrt benommen. Bei der ärztlichen Untersuchung am 11. November 1903 war er scheu, angstvoll, verwirrt, glaubte er werde getötet, hatte Vergiftungs- und Verfolgungshalluzinationen. Er kam nun zur Begutachtung in die Irrenklinik, wo er einen schweren katatonischen Erregungszustand mit verschiedenen Stadien durchmachte mit ängstlichen Sinnestäuschungen und Wahnideen. In seinen Zuständen im Gefängnis sah er auch oft die verstorbene Geliebte. Nachdem einige Besserung eingetreten war, wurde er in den Strafvollzug zurückversetzt, d. h. auf die Irrenabteilung des Landesgefängnisses; er blieb dort bis zum Ablauf der Strafzeit. Noch hatte jedoch die Verhandlung wegen des andern Diebstahles nicht stattfinden können. Er entwich auf dem Transport in die Untersuchungshaft auf ziemlich schlaue Art, wurde dann wieder verhaftet. Sein auffallendes Benehmen beim Termin veranlaßte die Einholung eines zweiten Gutachtens, das, weil Expl. noch nicht genesen sei (Sinnestäuschungen, Störung der Auffassung, Gedächtnislücken etc.), auf Unterbringung in eine Irrenanstalt drang; er blieb noch einige Zeit in der Klinik und wurde dann in eine Pflegeanstalt überführt, nachdem auf ein drittes Gutachten hin, das endlich Dementia praecox mit Verblödung sicher feststellte, das Verfahren eingestellt worden war. Anläßlich einer Entweichung floh er dann in die Schweiz, war sogar kurze Zeit Wärter in einer Irrenanstalt, wo er verschiedenen betrügerischen Unfug trieb, kam dann wegen Diebstahl und Betrug in Untersuchungshaft und wegen seiner Vorgeschichte zur Begutachtung nach Rheinau. Von hier wurde er wieder in eine Irrenanstalt seines Landes transferiert.

Dieser Fall zeigt uns einen „geborenen Verbrecher“, der sehr früh Delikte begeht, im 18. Jahre im Anschluß an ein schreckvolles Erlebnis öfters umschriebene geistige Störungen auch im Gefängnis zeigt. Wahrscheinlich begann hier seine Dementia praecox. Trotzdem wurde er noch mehrmals verurteilt. In der letzten längern Haft, anläßlich einer neuen bevorstehenden Untersuchung, tritt ein Haftkomplex mit Selbstmordversuch auf; während Explorand vorher in der Freiheit offenbar wieder Remissionen der Krankheit hatte, machte er jetzt einen anhaltenden Krankheitsschub mit Verblödung durch, der zwar seither wieder etwas nachgelassen hat, den Patienten aber zum dauernden Anstaltsinsassen gemacht hat.

Gottlieb K., Dienstmann, geb. 1896. Leichte Imbezillität mit Dementia praecox mit Haftkomplex.

In der Familie dieses Kranken sollen keine Geisteskrankheiten vorgekommen sein. Als Schüler war er passabel, aber rebellisch. In seinen jüngeren Jahren hatte er ziemlich viel homosexuellen Verkehr. Nach verschiedenen ähnlichen Delikten beraubte er 1896 einen alten Musiklehrer, welcher aus Schreck an Herzlähmung sofort starb. K. wurde zu 15 Jahren Zuchthaus verurteilt. Er gab oft zu Klagen Anlaß und erhielt eine Reihe von Disziplinarstrafen. Seit der Überführung aus dem alten Zuchthaus in Zürich nach Regensdorf beobachtete man in ca. dreimonatlichen Zwischenräumen bei ihm Aufregungszustände, in denen er sehr reizbar und grob war. Es kam zu schweren Drohungen und Tätlichkeiten; sein Arbeitsmaterial richtete er zu Grunde. Er kam in Arrest (1906). Dort drohte und pfiff er und sagte, jeden, der ihm zu nahe komme, werde er mit dem Wasserkrug niederschlagen. Er warf seinen Kot ans Fenster. Anfangs Mai 1906 brach wieder ein heftiger Erregungszustand aus. Er beklagte sich jetzt, daß nachts Leute zu ihm in die Zelle kämen und ihn quälten. Er sah diese und hörte sie auch sprechen. Zuletzt schrieb er an den Direktor, Gott habe ihn erhört; er verlange eine Bibel. Am 15. Mai 1906 kam K. ins Burghölzli. Anfangs war er ruhig, höflich, orientiert, tat weibischgeziert. Über seine halluzinatorischen Erlebnisse in der Strafanstalt wollte er nicht recht Auskunft geben. Man erfuhr nur, daß die Stimmen, Männer, ihn verfolgt hatten und jetzt noch belästigten, zwei bis drei schwarzgekleidete Männer. Die Stimmen warfen ihm u. a. Päderastie vor. Im übrigen haben ihn alle Angestellten der Strafanstalt gepeinigt, wo sie nur konnten, extra schlechte Arbeit gegeben usf.

Als nach einigen Wochen ein anderer Insasse der Strafanstalt ins Burghölzli versetzt wurde, dem etwas freiere Behandlung zu teil werden konnte als dem

gefährlichen K., wurde er reizbar, witterte böse Absicht, äußerte, man habe ihm Gift in die Milch getan. Nach acht Tagen war er etwas zugänglicher, aber immer noch mißtrauisch. Erst im Juli 1906 gab er auf einmal etwas mehr Auskunft über die Erlebnisse in Regensdorf. Der Direktor sei dort immer in seine Zelle gekommen, sei an der Innenseite der Türe gestanden und habe mit ihm gesprochen. Namentlich habe er ihm dann immer vorgeworfen, er habe ein Menschenleben auf dem Gewissen. Er habe ihm dann geantwortet, dann aber sei die Erscheinung immer verschwunden. Zweimal sei er auch auf dieselbe losgegangen, um den Direktor zu schlagen; aber dann war er weg. Er wisse ganz genau, wie der Direktor das bewerkstelligt habe (verhaltene Erregung!). Zuerst sah er ihn, als er im Begriff war, an die Justizdirektion eine Eingabe um Straferlaß zu schreiben. Da habe er den Direktor immer sagen hören, er werde nicht begnadigt.

Am folgenden Tage gab K. keine Auskunft mehr. Die übrige Untersuchung ergab einen leichten angeborenen Schwachsinn mit früh aufgetretener sexueller Perversion. Auf diesem Boden entwickelte sich, spätestens in der Haft, eine Dementia praecox mit Haftkomplex; seine Halluzinationen und Wahnideen hat K. nicht korrigiert. — Der Strafvollzug wurde sistiert und K. später nach Rheinau versetzt, wo er immer noch ein unangenehmer, gefährlicher Kamerad ist.

Auf weitere analoge Beispiele vorläufig verzichtend, sei noch erwähnt, daß es Fälle geben kann, wo eine nach jahrelanger Haft ausbrechende Psychose nicht die Merkmale eines Gefängniskomplexes an sich hat.

Albert M., Tagelöhner, geb. 1855, ist erblich schwer belastet. Mit 20 Jahren schlug er, ohne nachher jegliche Reue zu empfinden — er leidet an vollständiger moral insanity —, einen Mitarbeiter tot, um ihm den Wochenlohn zu rauben. Wegen Raubmord wurde er zu lebenslänglichem Zuchthaus verurteilt. In der Strafanstalt war er 17 Jahre lang ruhig und fleißig. Erst dann traten allmählich Erregungen auf, wo Patient namentlich in verworrener Weise über die Gesellschaftsordnung schimpfte. Die Krankheit stieg und Patient kam ins Burghölzli. Er hat eine Dementia praecox. Die Aufregungen, in denen er immer noch ähnliches Zeug vorbringt, sind jetzt, nach weiteren 14 Jahren, seltener geworden. Er arbeitet fleißig. Auffallend ist, daß beim Ausbruch der Krankheit durchaus keine typischen Gefängnissymptome konstatiert wurden.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Der Vorstand des **Deutschen Vereins für Psychiatrie** hielt am 15. Oktober in Berlin in dem gastlichen Hause des Vorsitzenden, Geh. Med.-Rat Moeli, eine Sitzung ab, in welcher u. a. die nächste Jahresversammlung vorbereitet wurde. Sie soll in Berlin am 24. und 25. April 1908 stattfinden. Als Referate sind gewählt: „Die Endzustände der Dementia praecox“, und „Psychiatrische Wünsche zur Strafrechtsreform“.

Die in Frankfurt a. M. gewählte Kommission zur Wahrung der Standesinteressen wird im Januar in Berlin zusammentreten.

— In der Stadt **Leipzig** soll nach neuerdings gefaßten Beschlüssen der städtischen Kollegien die **Familienpflege** in erweitertem Umfange eingerichtet und dafür noch ein Arzt an der Heilanstalt Dösen angestellt werden. Diesem Arzte wird neben der Behandlung der in den Familien untergebrachten Kranken und der Beaufsichtigung der Familien noch die Aufgabe zufallen, in Gemeinschaft mit den Vertrauensmännern der Anstalt und in Mitwirkung mit den Enthaltsamkeitsvereinen die Fürsorge für die aus der Anstalt Dösen Entlassenen in die Hand zu nehmen. Er wird in der Stadt wohnen und ein Anfangsgehalt von 5000 M. beziehen.

— **Les Aliénés en liberté.** Les Annales médico-psychologiques ont recueilli, durant l'année 1907, 96 cas d'aliénés en liberté publiés dans divers journaux. Ces aliénés avaient commis les uns de simples excentricités ou des vols répétés, le plus grand nombre de véritables crimes: homicides, tentatives d'homicide, menaces de mort, incendies; enfin, comme tous les ans, les suicides, surtout les suicides précédés d'homicides, fournissent un sérieux contingent, ainsi que le prouve le tableau statistique suivant:

Tentatives d'homicide, agressions violentes, menaces de mort	30
Homicides et suicides	21
Suicides et tentatives de suicides	19
Homicides	18
Excentricites et actes délictueux	11
Incendies	2
Total:	96.

Ainsi, sur 96 cas relevés, il y a eu 34 homicides — plus du tiers — dont 21 ont été suivis du suicide de l'aliéné après l'accomplissement de l'acte meurtrier. Nous ne parlerons que pour mémoire des nombreuses tentatives d'homicide, des actes d'agression violente, etc. (au nombre de trente), ainsi que de deux incendies. Ce qui importe surtout, c'est de compter le nombre des victimes faites par ces 96 aliénés en liberté. D'après notre relevé, il y a eu:

Tués	35
Morts par suicide	32
Blessés grièvement	28
Total:	95.

Ainsi notre statistique — avec les éléments restreints qu'il nous est possible de recueillir — donne, pour l'année 1907: 35 personnes tuées par des aliénés

en liberté, 28 blessées grièvement dont plusieurs ont certainement succombé ultérieurement aux horribles blessures qui leur ont été faites; enfin, 32 aliénés se sont suicidés, dont un grand nombre après avoir tué, soit leur femme, soit leur mari, soit leurs enfants, soit d'autres personnes de leur entourage.

Comme tous les ans, nous avons à signaler plusieurs cas où le même malade a fait plusieurs victimes, tuant successivement deux, trois, quatre personnes, le plus souvent ses enfants.

Comme tous les ans aussi, la plupart de ces crimes ont été commis par des aliénés qui, depuis longtemps, présentaient des troubles mentaux et qu'on aurait dû sequestrer sans attendre une explosion violente. Beaucoup avaient été déjà traités dans les asiles; quelques-uns venaient à peine d'en sortir ou même s'en étaient évadés. Ant. Ritti.

(Extrait des Annales médico-psychologiques, no. de novembre)

— **79. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden** vom 15. bis 21. September 1907. (Fortsetzung.)

Abteilung für Neurologie und Psychiatrie.

6. Herr Stadelmann-Dresden: Erlebnis und Psychose.

Das Verhältnis des Erlebnisses zur Psychose kann festgestellt werden, wenn man den Menschen bezüglich seines Verhaltens der Außenwelt gegenüber als Einheit auffaßt. Die Reaktion, die das Ereignis auf die seelische Anlage ausübt, ist Gefühl und Stimmung. Nach der Art, wie jeweils bei einem Menschen das Ereignis zum Erlebnis wird, und wie er die Folgen dieses Erlebnisses wieder ausgleicht, lassen sich Typen der menschlichen Anlage aufstellen. Die in Frage kommenden Vorgänge sind dabei bei gesund veranlagten Menschen im wesentlichen die gleichen wie bei einem krank veranlagten. Der Unterschied ist nur ein quantitativer bezügl. der Möglichkeiten, die Ereignisse zu erleben. Da die psychotischen Symptome alle analoge Vorgänge im gesunden Seelenleben haben, kann man auch Typen von psychotisch veranlagten Menschen auffinden. Das Ereignis macht nicht die Psychose, aber es ist eine Notwendigkeit, daß es zur Anlage hinzukommt, es bringt die beim Veranlagten von Anfang an schlummernde Psychose an den Tag. Als Beispiel sei das Erlebnis der Enttäuschung angeführt. Der Enttäuschte ist zuerst ratlos, daraufhin stellt sich eine traurige Stimmung ein über den Verlust eines Wertes. Dann lacht er darüber, daß er sich täuschen lassen konnte, dieser heitern Stimmung folgt Gleichgültigkeit. Denkt man sich diese Vorgänge ins Übergroße verzerrt, so sind die vier seelischen Stadien der Katatonie gegeben: Verwirrtheit, Melancholie, Manie, Blödheit.

7. Herr Schaffer-Budapest: Über Sachssche familiär-amaurotische Idiotie.

Nach kurzer Charakterisierung des klinischen Krankheitsbildes schildert Vortr. das fast stets gleichartige histo-pathologische Bild: Am Bielschowskyschen Fibrillenpräparate eine Schwellung des Zellkörpers und der Dendriten bei unverändertem Achsenzylinder. Der Zellkern wird randständig, die Dendriten erhalten eine oft enorme ballonförmige Blähung. Durch die Schwellung werden die Maschenlücken des Innennetzes (Donaggio) aufgetrieben, der Prozeß enthüllt die Struktur dieses Netzes in deutlichster Weise. Aus diesem Bilde geht hervor, daß die strukturlose Grundsubstanz das Hyaloplasma primär ergriffen hat, das fibrillo-retikuläre Netz nur sekundär gelitten hat, ein Hinweis auf die vermutliche Natur der sogen. Neurofibrillen. Bei dem exquisit endogenen Charakter des Leidens und dem Mangel jedweder Spur einer Entzündung im Zentralorgan ist es zweifellos höchst befremdend, daß nicht das fibrilloretikuläre Gerüst die Stätte der primären Erkrankung abgibt, sondern das Hyaloplasma. Es deutet dies auf die spezifisch-nervöse Natur des strukturlosen Protoplasmas im Gegensatz zur nichtnervösen, anscheinend fixatorischen Bedeutung des fibrillo-retikulären Gerüstes. Sehr bezeichnend ist dabei das Erhaltenbleiben des Golgischen Außennetzes, welcher Umstand ebenfalls gegen die Reizleiternatur des Innennetzes spricht.

8. Herr Grabley-Woltersdorfer Schleuse: Die therapeutische Bedeutung der Luftbäder bei der Behandlung der Neurasthenie, Anämie und Chlorose.

Die respiratorische Tätigkeit der Haut hat eine größere Bedeutung, als es nach ihrer relativ geringen Größe erscheinen könnte. Unsere Haut ist ein Schutz-, Sekretions- und Nervenorgan, das aber durch die unzweckmäßige dauernde Bedeckung in seiner normalen Betätigung gehemmt wird und schließlich entartet. Im Luftbade wirken auf die Haut ein die atmosphärische Luft mit ihren Temperatur- und Bewegungsreizen und das Licht. Die Gefahr der Erkältung ist weniger groß als in Wasserbädern von gleicher Temperatur. Nach Luftbädern steigt in der Regel die Körpertemperatur um einige zehntel Grad. Das Licht hat eine intensive Wirkung auf den gesamten Zellstoffwechsel (Quincke).

Vortr. hat Versuche bei Chlorotischen und Anämischen gemacht, Blutkörperzählungen und Hämoglobinbestimmungen ausgeführt, und zwar in einer Reihe bei Luftbäderbehandlung, in einer anderen bei Behandlung mit Arsen-Eisen und warmen Vollbädern. Er fand, daß der Hämoglobingehalt und die Zahl der roten Blutkörperchen im Luftbade schneller als unter der Eisenbehandlung zunahmen und belegt die Ergebnisse mit genaueren Zahlen. Bei Neurasthenie hat er häufig infolge herabgesetzter Kohlensäureabgabe Fettansatz und Blässe beobachtet, die Neubildung des Protoplasmas im Blute, Muskeln und den Nervenelementen war herabgesetzt. Auch auf diese Störungen übte das Luftbad eine tonisierende Wirkung aus und zwar in besonders schonender Weise. Das Luftbad bereitet das schlecht reagierende Hautorgan gut auf die eigentliche Bäderbehandlung vor. Die kurze Dauer des Bades (1/4 oder 1/2 Stunde) genügt vollkommen, um bei einem an das Nacktsein nicht gewöhnten Körper die gewünschte Reaktion hervorzurufen.

9. Herr Döllken-Leipzig: Die ersten Nervenbahnen im Großhirn.

Vortr. hat mehr als 120 embryonale Gehirne der verschiedensten Stadien gefärbt, und betont die Notwendigkeit, einen scharfen Unterschied zwischen Faserfärbung und Fibrillenfärbung zu machen.

Er fand als Hauptergebnis, daß die frühesten Nervenstrecken des Großhirns systemweise im Striatum und der Riechgegend sich entwickeln und daß die Projektionssysteme den Assoziationssystemen vorausgehen (Flechsigs Gesetz). Weiter ergibt sich das wichtige Resultat, daß diejenigen Bahnen und Zentren des Großhirns, welche in der Wirbeltierreihe die ersten sind, eben Riechhirn und Streifenhügel (Edinger), auch in der Entwicklung des Säugetieres allen anderen Teilen des Großhirns vorauseilen.

10. Herr Schröder-Breslau: Hirnrindenveränderungen bei arteriosklerotischer Demenz.

Jeder kennt Fälle, die unter dem Bilde der arteriosklerotischen Demenz verlaufen, ohne daß größere Herde die klinischen Symptome zu erklären vermöchten. Außer den von Alzheimer zuerst genauer dargestellten Vorgängen lassen sich bei einer Anzahl Fälle von a. D. im Rindengrau Veränderungen nachweisen, die vor allem infolge ihrer oft großen Ausdehnung für das Verständnis der klinischen Symptome wichtig sein können. Sie lassen sich bei schwacher Vergrößerung im Nißlbilde gut erkennen. Es fallen hierbei ziemlich scharf begrenzte helle Stellen in der Rinde auf, die die ganze Rindenbreite oder einen Teil derselben einnehmen, oft unregelmäßig zusammenfließen und dadurch der Rinde ein geflecktes Aussehen geben; stets sind sie streng auf das Rindengrau beschränkt. Sie lassen sich definieren als eine fleckweise Lichtung des Rindengebietes, die in erster Linie dadurch bedingt ist, daß ein Teil der körnig erscheinenden normalen Grundsubstanz des nervösen Gewebes verloren gegangen ist. Dabei fehlen alle Wucherungserscheinungen der Glia, im Gegenteil findet man fast stets regressive Veränderungen an derselben.

Die Aufhellung auf dem Nißlpräparate kommt dadurch zu stande, daß die Nervenzellen an Zahl vermindert und verkleinert sind. Bei Fibrillenfärbung nur diffuse mäßige Lichtung, keine Faserveränderungen, daneben allerdings, in einem Fall mehr, im andern weniger, echte gliöse Narben als Endzustände von kleinen Erweichungen.

Für die arteriosklerotische Natur der geschilderten Veränderungen spricht, daß die Sklerose der Gefäße stets ausgesprochen war, daß daneben mehr oder minder zahlreiche Erweichungsherde vorhanden waren. Gegen eine rein senile Rückbildung spricht die Tatsache, daß eine Person erst 49 Jahre alt war. Bei den beschriebenen Veränderungen handelt es sich um multiplen, lokalen, partiellen Untergang des funktionierenden Gewebes im Rindengrau, wobei die bekannten groben Zerfallsprodukte fehlen, eine einfache Rarefizierung des Gewebes.

Diskussion:

Herr Döllken hat bei lange dauernder Alkoholeinwirkung auf ganze Gehirne ähnliche Flecken von ähnlicher mikroskopischer Beschaffenheit gefunden, welche Amyolid-Reaktion zeigten und als reine Kunstprodukte angesprochen werden mußten. Es ist wesentlich, ob Fixierung oder Härtung rasch oder langsam vorgenommen worden ist.

Herr Schröder: Schlußwort.

11. Herr Steinhausen-Danzig: Zur Mechanik des Zitterns.

Vortr. hat willkürliche physiologische Zitterbewegungen, ausgehend von den beim Spielen von Musikinstrumenten nötigen Bewegungen (Vibrato, Staccato des Geigenbogens) studiert. Es gibt Menschen, die dazu mehr talentiert sind als andere; die Übung wirkt darauf derartig ein, daß nur der Rhythmus gleichmäßiger wird, die Frequenz bleibt unbeeinflußt. Diese ist individuell bestimmt, und schwankt zwischen fünf und zwölf in der Sekunde; sie hängt außerdem noch von Faktoren ab, die in der Gelenk- und Muskelmechanik zu suchen sind. So ist z. B. rasches rhythmisches Spreizen der Finger viel schwerer ausführbar, als Beugen oder Strecken der Hand, schwer wieder Ab- und Adduktion im Handgelenke, sehr leichten Zitterns ist die Unterarmrollung fähig, ebenso bekannt ist das Fußzittern im Sitzen, das auf einem mechanisch besonders günstigen Mechanismus beruht. Der Kopf schwankt leicht um seine vertikale und frontale, schwer um seine sagittale Achse. Die Finger nehmen an pathologischen Zitterbewegungen meist nur passiv teil.

Die Frequenz wird von der Verteilung der Masse um die Drehungsachse herum bestimmt, d. h. von den Trägheitsmomenten; dadurch erklären sich die Unterschiede der Frequenz an den verschiedenen Gelenksystemen rein mechanisch. Es ist ein Unterschied, ob das Glied frei oder um einen festen Stützpunkt rotiert. Der Pseudoklonus kommt offenbar auf demselben Wege zu stande, wie das künstliche Zittern. Ist bei Gesunden eine Art Talent die Vorbedingung, so findet sich diese Disposition gesteigert wieder bei Hysterischen. Der Pseudoklonus bei diesen ist ein Kunstprodukt, während der echte Klonus ein rein reflektorischer, jedenfalls subkortikaler Vorgang ist, dabei gibt es allerdings Übergänge.

Zweifellos ist das Fußzittern simulierbar, wie alle übrigen Zitterphänomene, namentlich auf hysterischer Grundlage und bei dauernder Einübung. Die Unterscheidung kann schwierig werden, auch die Ablenkung der Aufmerksamkeit kann als Unterscheidungsmerkmal versagen. (Fortsetzung folgt.)

Personalnachrichten.

— **Niedermarsberg.** An den westfälischen Provinzial-Heilanstalten wurden die bisherigen Abteilungsärzte zu II. Oberärzten befördert: Dr. Wilh. Hölzer in Warstein und Dr. Alfr. Schmidt in Niedermarsberg.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 33. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark

Kgl. Württ. Heilanstalt Zwiefalten.

An der hiesigen Anstalt ist sofort eine

Assistenzarztstelle

(6. Arzt) zu besetzen. Anfangsgehalt bei völlig freier Station u. Verpflegung in 1. Klasse 1970 M. jährlich und außerdem 200 M. Getränkeentschädigung. Bewerbungen sind mit Zeugnissen belegt b. d. Direktion einzureichen.

An der städt. Irrenanstalt **Frankfurt a. M.** ist zum 1. Januar oder früher eine

Assistenzarzt-Stelle

zu besetzen. Bareinkommen im 1. Jahr M. 1580 und im 2. Jahr M. 1780 pro Jahr, dabei freie Station I. Klasse. Jährlicher Krankenzugang 1500.

Meldungen zu richten an die Direktion.

An der westpreußischen Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Pr. Stargard — za. 1400 Kranke, 10 Aerzte — ist eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen.

Das Gehalt beträgt 2100 M. jährlich, daneben wird freie Verpflegung I. Klasse, Wohnung und Wäsche im Jahreswerte von 1125 M. gewährt.

Auswärtige Dienstzeit im Staats- oder Kommunaldienste kann angerechnet werden.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnissen sind zu richten an den Direkt. Dr. **Kroemer**, Geh. Med.-Rat.

Zum baldigen Eintritt wird ein

Oberpfleger

gesucht. Gehalt vorläufig 1200 M., ab 1. April 1908 1400 M., steigend bis 2000 M., daneben erhalten Verheiratete Familienwohnung m. Garten, Unverheiratete möbliertes Zimmer. Verlangt wird gute Schulbildung, Umsicht, Tatkraft, Erfahrung in der Irrenpflege.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften erbeten an die Direktion der

Provinzialheilanstalt Warstein i. W.

Im Ctr. des vornehmsten W. Vorortes von Berlin, ist ein mit der **Konzession zum Betriebe einer Irrenanstalt** versehenes Grundstück (geeignetes Anstaltsgebäude mit grösserem Park) **baldmöglichst** unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre: **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Lublinitz (Schlesien)

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 33 9. November. **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zum gegenwärtigen Stande der Pflegerfrage*).

Von Dr. *Josef Starlinger*, Direktor der Kaiser Franz Josef-Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling.

Meine Herren!

Ich habe mir die Pflegerfrage aus mehrfachen Gründen zum Thema für mein Referat genommen:

Fürs erste ist und bleibt sie eine der aktuellsten Punkte im praktischen Anstaltsleben und solange es eine Irrenpflege überhaupt gibt.

Dann sind in den letzten Dezennien mit dem Aufschwunge des Anstaltswesens eine Reihe von wesentlichen Reformen auf diesem Gebiete versucht worden, auf das eine neuerliche Umschau sicher zeitgemäß ist.

Und endlich bildete auch gerade eine größere Versammlung von Fachleuten eine günstige Gelegenheit zur Aussprache in einer Frage, wo die Erfahrungen und Praxis von wesentlicher Bedeutung sind.

Als vor mehr als einem Jahrzehnt im Deutschen Verein für Psychiatrie die Pflegerfrage zur Diskussion gestellt wurde, sagte unter anderem Heinrich Lähr:

„Die Wege zur Verbesserung des Pflegepersonales werden verschiedene sein, aber es ist immer nützlich, zu ersehen, auf welchem Wege andere dieses Ziel zu erreichen streben."

Diese Worte des Altmeisters der Psychiatrie und des Anstaltswesens haben mich geleitet, als ich an die neuerliche Untersuchung unserer Frage heranging.

Entgegen den bisherigen Untersuchungen, wollte ich einmal das „Haben" in der Pflegerfrage in Erfahrung bringen, vielleicht erwachsen auf dieser Grundlage neue Ausblicke, vielleicht ist manches von den heutigen Bestrebungen als praktisch unwichtig fallen zu lassen oder zu korrigieren.

Zu diesem Zwecke habe ich zu Beginn dieses Jahres an ca. 100 Anstalten und Kliniken des In- und Auslandes Fragebogen versendet, welche die wesentlichsten Punkte der Pflegerfrage umfaßten. Rund 4/5 davon wurden beantwortet. Den p. t. Anstaltsleitern sei hiermit ausdrücklich und besonders gedankt für das Interesse und die Unterstützung, die sie damit mir und der Sache geleistet haben.

Die auf mein Rundschreiben eingelaufenen Antworten wurden genau statistisch gesichtet und will ich das Ergebnis der Reihe nach folgen lassen. Die erste Frage, betreffend Charakter der Anstalt, gehört zwar nicht direkt zu unserem Thema, sie hängt aber doch insofern damit zusammen, als der Vergleichswert der einzelnen Antworten einigermaßen davon bedingt erscheint.

Zudem ist diese Frage für die Anstaltsorganisation und deren Entwicklung von allgemeinem Interesse, daß die Meinung hierüber Erwähnung verdient. Nach dieser bildet die Heilanstalt und die einheitliche Heil- und Pflegeanstalt weitaus die Majorität in der heutigen Anstaltsorganisation. Bei Neuanlagen ist die einheitliche Heil- und Pflegeanstalt der ausschließliche Mustertypus. Die reine selbständige Pflegeanstalt wurde also fallen gelassen und selbst die relativ verbundenen haben bei Neuanlagen niemals, bei alten Verhältnissen nur selten Nachahmung gefunden.

Wo immer eine solche Verbindung hergestellt wurde, haben sich weder in administrativer noch in ärztlicher Hinsicht Vorteile ergeben, dagegen haben sich die allgemeinen Klagen, die seinerzeit bei den getrennten Pflegeanstalten bestanden, alsbald auch hier erhoben, abgesehen davon, daß durch eine solche Verschmelzung von früher selbständigen Anstalten dem natürlichen Bestreben nach Vermehrung von selbständigen Stellen direkt entgegengetreten wird.

Inniger als dieser erste Punkt steht schon die

*) Referat beim I. Österreichischen Irrenärztetag in Wien am 4. Oktober 1907.

zweite Frage mit unserem Thema in Berührung, das ist „das Verhältnis der Krankenzahl zu der Pflegerzahl“ in einer Anstalt.

Diensterleichterung, größere Ordnung und Ruhe, größere Freiheit in der Behandlung hängen direkt mit diesen Verhältnissen zusammen und klingen naturgemäß in dem Pfleger persönlich weiter.

In dieser Hinsicht konstatieren die Berechnungen die interessante Tatsache, daß das Verhältnis beider unter sieben zu sinken beginnt. Auf 51610 Kranke kommen 7540 Pflegepersonen, was einem Durchschnittsverhältnisse von 1 : 6,8 entspricht.

Erwägt man, daß vor etwa zwei Dezennien noch ein Verhältnis von 1 : 10 existierte und jetzt allgemein ein solches von 1 : 7 als entsprechend galt, so wird man durch diese Erhebungsziffern gemahnt, daß wir über kurz oder lang auch mit dieser offiziellen Zahl nicht mehr auslangen werden, und in der Tat ist schon eine größere Reihe von hervorragenden Anstalten beträchtlich unter diese Zahl 7 herabgegangen, darunter insbesonders die neuesten, wo das Verhältnis von Pflegern zu Kranken schon der Zahl 5 sich nähert.

Einen besonders wichtigen Punkt des Fragebogens bildet die Frage der Berufspflege. Ich bin überzeugt, wenn diese Frage, ob Berufspflege oder nicht, noch niemals bisher gestellt worden wäre, sie heute müßte aufgeworfen werden. Die ausgedehnten Anstalten, die immer mehr sich geltend machende Beschäftigungstherapie, die Wachsaal- und Dauerbadbehandlung erfordern ein weit selbständigeres Pflegepersonal als ehedem, wo der Kranke schablonenmäßig in der Zelle versorgt wurde, kleine Anstalten und kleine Abteilungen bestanden und eher relativ mehr Ärzte als heute vorhanden waren. Ganz entschieden lauten daher auch die Antworten über diese Frage. Von 74 Anstalten, die sich darüber geäußert haben, lauten 60 uneingeschränkt, 7 teilweise positiv, nur 7 stellen deren Notwendigkeit in Abrede, bemerken aber, daß wohl ein Stamm zu bilden wäre, aber ohne beruflichen Charakter, oder daß bei besserem Pflegermateriale und entsprechender Entlohnung die Berufspflege sich von selbst ergeben würde.

Die große Majorität der Pfleger einer Anstalt muß festsitzen. Nur so ist eine gehörige Durchbildung möglich, und nur diejenige Pflegeperson, die nicht nach rechts oder links sieht, wird sich den Mühsalen des Pflegerdienstes willig unterziehen und zufrieden bleiben. Wer aber den Pflegerdienst nicht als Beruf ergreift, über kurz oder lang ohnehin wieder zu gehen vorhat, den wird Streben und Eifer für den Pflegerdienst niemals erfassen. Die Gründe gegen die Einführung der Berufspflege, schneller Verbrauch, Abstumpfung, großer Preis, Eignung der Berufspflege nur für Männer, niemals für Frauen, sind allerdings nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen, aber sie schwinden zum Teile von selbst immer mehr. Mit der besseren Stellung mildern sich Verbrauch und Abstumpfung und wenn die Berufspflege vorderhand nur für das männliche Pflegepersonal tauglich erscheint, so ist das doch kein Grund, es für diese abzulehnen.

Der Preis ist allerdings ein höherer, aber derselbe läßt sich wieder dadurch beträchtlich mindern, wenn, wie in Niederösterreich, die Bestimmung besteht, daß vorzeitig invaliden Elementen der Abfluß in andere Landesstellen gewahrt wird.

Auch wird rigorose Wahl vor dauernder definitiver Aufnahme und entsprechende vorhergehende Probezeit die Zahl solcher Elemente weiter vermindern.

In Entsprechung dieser Vorsicht besteht in Mauer-Öhling die Gepflogenheit, daß Pflegepersonen nach der Probedienstzeit dem Direktor vorgestellt werden und erst nach eingehender Besprechung mit den betreffenden Funktionären der Anstalt erfolgt entweder definitive Aufnahme oder Entlassung.

Diese Maßregel hat sich als sehr wohltätig erwiesen, nicht bloß für die Anstalt, sondern auch für die Pflegepersonen. Gerade im Interesse der letzteren muß man Hoppe mit Recht zustimmen, wenn er sagt: „Lieber anfangs hart, als später grausam sein zu müssen“.

Von großer Bedeutung für die Heranziehung eines tüchtigen Pflegerstandes sind die „Anmeldungen zum Pflegerdienst“. Ohne genügendes Angebot keine Auswahl. Wer alles nehmen muß, was sich meldet, der wird sich niemals aus der Pflegerkalamität herauszuschälen vermögen und viel Mühe für Erziehung und Ausbildung wird umsonst geleistet bleiben.

Bisher lassen fast überall die Anmeldungen zu wünschen übrig. Von den 78 Anstalten berichten nur 5 über reichliche Nachfrage, in den übrigen sind sie eben genügend, oft aber auch ungenügend. Hervorgehoben wird oft der größere Mangel an weiblichem Pflegepersonal, vorzüglich in industriereichen Gegenden und in der Nähe von Städten. 74 Anstalten beziehen das Pflegepersonal vom Lande oder von kleineren Städten, nur 4 erhalten den Zufluß von größeren Städten. Über nichtentsprechendes Material wird allgemein gejammert, namentlich über das großstädtische Element wird durchwegs geklagt, eine Anstalt fürchtet es geradezu. Qualitativ ganz

zufrieden ist mit dem Zuwachs aber nur eine Anstalt. Alle anderen finden die Eignung eben entsprechend, vielfach aber finden sich Ausdrücke „nicht entsprechend, mittelmäßig, läßt zu wünschen übrig" u. dergl. Auffällig oft wird hervorgehoben, daß Mannschaft nach abgeleisteter Militärdienstzeit das beste Material liefert. Diese Erfahrung ist nicht uninteressant, zumal früher und auch heute noch solche Elemente zurückgewiesen werden, aus Furcht, es möchte der militärische Kommandoton auch in den Anstalten allzu heimisch werden.

Um einiges Licht in diese mangelhafte Nachfrage zum Pflegerdienste, und wie derselben etwa gesteuert werden könne, zu bringen, habe ich unter dem Öhlinger Pflegepersonal eine Umfrage angestellt, warum der einzelne von ihnen seinerzeit zum Irrenpflegerdienst sich bewogen gefühlt hat.

Tabelle I.
Beweggründe zur Aufnahme des Pfleger-Berufes.

Nr.		Männer	Frauen
1.	Stellenlosigkeit	10	5
2.	Vom Militär	12	—
3.	Größerer Lohn	15	28
4.	Rekommandation u. Aufruf	20	23
5.	Altersversorgung	19	3
6.	Familienverhältnisse . . .	10	5
7.	Verwandtschaftliche Beziehungen zu den Angestellten der Anstalt .	6	17
8.	Sichere Stellung	18	6
9.	Liebe zum Krankendienst	6	5
	Summa:	116	92

Diese Statistik ist in mehrfacher Hinsicht lehrreich. Zunächst fällt auf, daß das weibliche Personal meist unter anderen Tendenzen den Pflegerberuf anzustreben pflegt, als das männliche. Liebe zum Krankendienst ist in der Regel am wenigsten hierbei vertreten, auch reizt die Altersversorgung und sichere Stellung das weibliche Geschlecht nicht im geringsten zur Ergreifung des Pflegerberufes. Für die Frau hat der Wechsel auf lange Sicht keine Zugkraft. Sehr wesentlich für den Nachwuchs ist die Rekommandation und der größere Lohn. Die letzteren sind namentlich für den Nachwuchs des weiblichen Personales von fast ausschlaggebender Bedeutung.

Diese Erhebungen zeigen, daß man zum Pflegerdienst keineswegs von Haus aus berufen sein muß, um eine tüchtige Pflegeperson zu werden. Sie zeigen aber auch weiter, daß nicht der große Lohn allein zur Herbeiführung eines genügenden Nachwuchses maßgebend ist, sondern daß noch eine Reihe andere Faktoren hierbei in wirksamer Weise zur Verwendung kommen können. Von diesen Mitteln muß nun zur Heranziehung des Nachwuchses gehöriger Gebrauch gemacht werden.

Mit Rücksicht auf die günstige Erfahrung mit Militärurlaubern wäre es demnach zur Erzielung eines geeigneten Nachwuchses geraten, sich mit den Militärbehörden zur Zeit der bevorstehenden Beurlaubung ins Einvernehmen zu setzen. Jedenfalls würde man verläßliche Angaben über Charakter und Führung der Bewerber erlangen, wofür zwar überall Atteste gefordert werden zum Eintritt in eine Anstalt, die aber oft zu wünschen übrig lassen und manchmal überhaupt illusorisch werden, wenn in der Not alles genommen werden muß, was sich anbietet.

Eine gewisse Reklame oder besser gesagt Verlautbarung von Seite der Anstalten dürfte gleichfalls nicht nutzlos sein. Ich denke da an periodische Flugschriften an Pfarr- und Bürgermeisterämter, Ärzte, Lehrer und passende Vereine, denen von Zeit zu Zeit Artikel über Irrenpflege und Pflegepersonen zugehen könnten.

Durch unsere Anstaltszeitung in Mauer-Öhling, die allmonatlich in mehr als 100 Exemplaren in die Umgebung versendet wird, ist uns schon manche Pflegeperson zugeführt worden. Freilich ist zugleich unsere ausgedehnte Familienpflege ein vorzügliches Hilfsmittel zur Popularisierung der Irrenpflege.

Schließlich wäre das Pflegerpersonal selbst hierzu heranzuziehen, daß es unter seinem Bekanntenkreise brauchbare Elemente für den Pflegerdienst zu gewinnen sucht. Solcher Zuspruch von Gleichgestellten ist oft mehr wirksam und nachhaltiger als andere Zugmittel.

Besonders groß ist in den Antwortschreiben die Klage über den häufigen Wechsel der Pflegepersonen, weit über 100% kommen vor. Nur sieben Anstalten nennen ihn gering und vier sehr gering.

Viele Anstalten erklären, daß es mit jedem Jahre schwerer wird, das Pflegepersonal zu gewinnen und zu erhalten. Für viele sei es nur Saisondienst, durchschnittlich ist das weibliche Element das weniger seßhafte. Der Wechsel des männlichen zum weiblichen verhält sich wie 6 : 10 — allen Anstaltsärzten ist die Klage über den Pflegerwechsel begreiflich,

wenn aber eine Anstalt berichtet, daß sie zu einer Zeit nur fünf ausgebildete Pfleger beisammen hatte, dann kann man nicht mehr bloß von Klage sprechen, dann muß man es Kalamität nennen. Um über Umfang und Art des Pflegerwechsels noch genaueren Aufschluß zu gewinnen, habe ich noch weitere spezielle statistische Untersuchungen angestellt.

(Fortsetzung folgt.)

Irrenärztliches aus Holland.

Von Dr. *Fritz Hoppe*, Oberarzt an der Provinzial-Irrenanstalt Allenberg bei Wehlau, Ostpr.

(Schluß.)

Oud-Rosenberg ist eine der neuesten Anstalten Hollands. Sie ist wenige Kilometer vom Haag entfernt und mit der Dampfstraßenbahn bequem zu erreichen. Sie besteht aus zwei Gebäuden für je 200 Kranke. Das Männerhaus wurde vor sechs Jahren, das für Frauen vor zwei Jahren eröffnet. Der geräumige Korridor dient auch hier als Aufenthaltsraum. Überall ist für reichlichen Zutritt von Licht und Luft gesorgt; die Fenster haben sogar eine ungewöhnliche Größe. Bemerkenswert sind geräumige Veranden mit Glaswänden, in denen die Kranken beschäftigt werden. Auch Baderäume sind zu Arbeitssälen eingerichtet. Die Räume für Bettlägerige sind große Säle, die miteinander durch breite Schiebetüren verbunden sind. Hier, wie in Meerenberg, sind Dauerbadeeinrichtungen nicht vorhanden. Als besonders zweckmäßig fielen mir die gut übersehbaren Klosetträume auf. Die Anstalt entspricht allen hygienischen Anforderungen, ist sonst aber einfach ausgestattet.

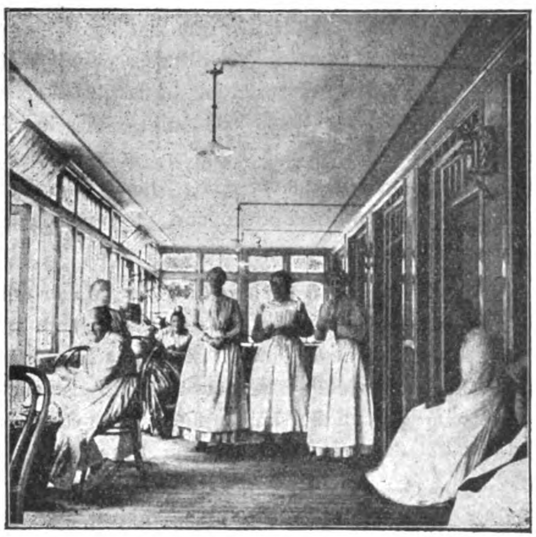


Abb. 4. Oud-Rosenberg. Glasveranda als Arbeitsraum.



Abb. 5. Oud-Rosenberg. Speisezimmer für Pflegerinnen.

Eine der interessantesten Anstalten, die ich gesehen habe, ist die Irrenanstalt in der Stadt Haag. Die Baulichkeiten eines alten Klosters aus dem Anfange des 15. Jahrhunderts sind nach Möglichkeit zweckentsprechend geändert und dienen jetzt als Krankenräume. „Pest- und Tollhaus" wurden diese Gebäude genannt, weil eben in vergangenen Zeiten neben den Geisteskranken dort auch Pestkranke untergebracht wurden. Die Anstalt ist mitten in der Stadt gelegen und dient zur Unterbringung von etwa 200 Kranken, meist abgelaufener, unheilbarer Fälle, die von anderen Anstalten dorthin überführt werden. Die Bauart kann natürlich der Kritik eines Irrenhygienikers nicht standhalten, das ist ja nicht zu erwarten, da die Räume in längst vergangener Zeit für völlig andere Zwecke erbaut wurden; aber schön ist sie in gewisser Weise doch, malerisch schön mit ihrem Labyrinth von engen Treppen und Gängen, mit ihren Bogen und gewölbten Pfeilern, mit den kleinen, sonderbaren Fenstern, die eine eigenartige Lichtwirkung zu stande bringen. Da wollen die modernen Adaptierungen, die Beleuchtungskörper der Jetztzeit, Telephon und dergleichen

nicht hineinpassen; die düstern Mauernischen, überdacht mit Bogenpfeilern, haben sich einst wohl nicht träumen lassen, daß sie später Reihen von Wasch-

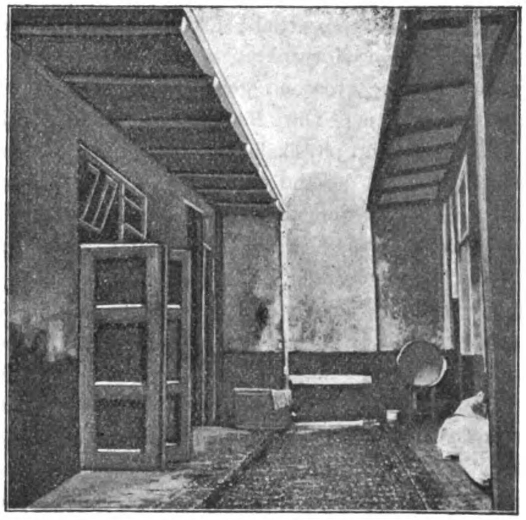


Abb. 6. Haag, Dolhuys. Zellenhof.

einrichtungen für Kranke Raum geben würden. Historischen Wert haben die alten, nicht mehr benutzten Zelleneinrichtungen. Die Zellen sind enge und fast ganz dunkel, sie öffnen sich nach einem schmalen Hofe und sind durch doppelte, schwere

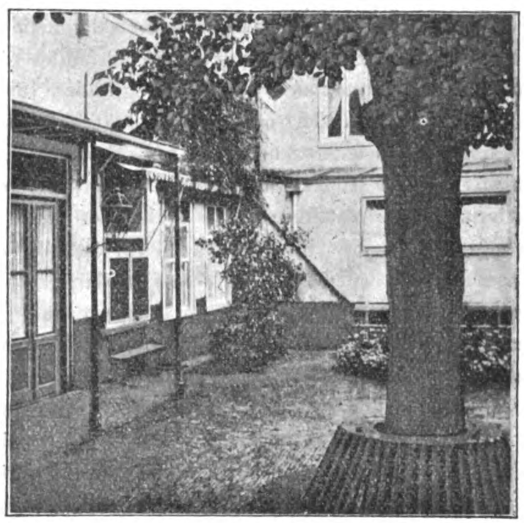


Abb. 7. Haag, Dolhuys. Garten.

Türen gesichert. Die Beobachtung der Kranken ist von oben aus möglich. Die Zellendecke ist durchbrochen und trägt als Aufsatz einen nach unten durch Drahtgeflecht abgeschlossenen Beobachtungskasten. Von dem Korridore eines höhergelegenen Stockwerkes aus steckt der Beobachter seinen Kopf in den Kasten hinein und kann von dort aus die ganze Zelle übersehen. Von hier aus wird der Raum auch beleuchtet, von hier aus wurden besonders gefährliche Kranke mit Nahrung versehen, die man an Seilen nach unten herabließ. Bei allen Schwierigkeiten, die sich der Anpassung der Klostergebäude als Krankenräume darboten, sind doch durchaus brauchbare Verhältnisse geschaffen; es seien hier nur die kleinen, geschmackvollen Gärten mit Veranden, und die bereits oben erwähnte Überwachungsart der Schlafräume zur Nacht hervorgehoben. Das Pflegepersonal schläft nicht in den Krankenräumen, sondern in kleinen Pflegerschlafzimmern, die stets zwischen zwei Schlafräume gelegt und mit ihnen durch kleine Beobachtungsfenster verbunden sind.

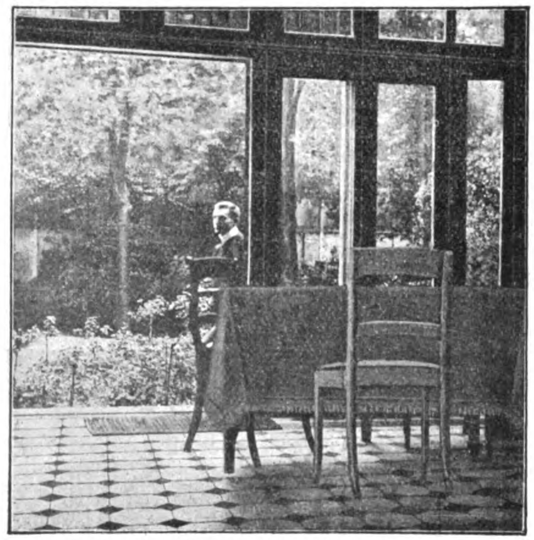


Abb. 8. Haag, Dolhuys. Veranda mit Garten.

Entsteht ein Lärm unter den Kranken, so kann der Pfleger sich bequem von der Ursache überzeugen und die notwendigen Maßnahmen treffen. Daneben bestehen natürlich auch Abteilungen mit Dauerwache.

Endegeest liegt unweit von Leiden inmitten herrlicher Waldung. Die Anstalt ist im Pavillonstile erbaut und zur Zeit mit ca. 400 Kranken belegt. Da mit dem Anwachsen der Krankenzahl in den letzten Jahren durch Bau massiver Häuser nicht Schritt gehalten werden konnte, ist ein Teil der Patienten in provisorischen Holzbaracken untergebracht. Als Schlaf- und Liegeräume sind große Säle bevorzugt. Die Anstalt ist mit allen Einrichtungen der modernen Irrenanstalten versehen. Es sind gute Dauerbadezimmer vorhanden, bei denen als Schalldämpfer parallel der Decke über den ganzen Raum Leinentücher gespannt sind, wodurch der Schall bei

Lärmen der badenden Kranken erheblich an Stärke verliert. In den schönen Krankengärten sind zahlreiche Liegestühle vorhanden, so daß auch hinfälligen,



Abb. 9. Endegeest. Krankenpavillon.

bettlägerigen Kranken die Wohltat der frischen, freien Luft zu gute kommt. Die Gärten sind vielleicht zu schön und zu dicht, da sie namentlich bei dunklem Wetter und des Abends schwer übersehbar sind.



Abb. 10. Rhijngeest.

Sonst unterscheidet sich der Betrieb in Endegeest nicht von dem der übrigen holländischen Anstalten.

Dicht bei Endegeest ist die öffentliche Nervenheilanstalt Rhijngeest gelegen, die der Leitung des ordentlichen Universitätsprofessors der Psychiatrie zu Leiden untersteht. Umgeben von einem prächtigen alten Parke, liegt ein hotelähnliches Gebäude, das mit allem Komfort der Neuzeit, mit geräumigen Speise-, Aufenthalts- und Spielsälen ausgestattet ist. Die Belegungsziffer ist auf 75 festgesetzt. Es gelangen hier nur solche Patienten zur Aufnahme, bei denen keine ausgesprochene Psychose vorliegt, die jedoch an jenen Nervenkrankheiten leiden, welche das Grenzgebiet zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit bilden. Die Behandlung erstreckt sich auf diätetische und physikalische Maßnahmen, Elektrotherapie und im besonderen auf eine Regelung der körperlichen Bewegung und Beschäftigung. Die Patienten haben zum Teile eigene Zimmer, zum Teile sind sie zu zwei oder drei Personen placiert. Als besonders schön erwähne ich die Laboratoriumseinrichtungen, die mit einem großen Aufwande hergestellt sind. Mit dem Laboratorium ist eine hirnanatomische Sammlung verbunden. Als ein Nachteil im Betriebe der Anstalt könnte der hohe Verpflegungspreis, etwa 7 bis 10 M. für den Tag, angesehen werden. Denn dadurch kommt sie für die ärmere Bevölkerung kaum in Frage und ist gewissermaßen als eine Musteranstalt für Privat-Nervensanatorien zu betrachten.

Überblicke ich das Ergebnis meines Besuches in den holländischen Anstalten und vergleiche ich das System der Irrenpflege mit unseren Verhältnissen, insbesondere mit denen im Osten unserer Monarchie, so sind einzelne Unterschiede zu finden. Sie sind in der Hauptsache in der Verschiedenheit der Lebensbedingungen und des pekuniären Wohlstandes der verpflichteten kommunalen Verbände begründet. Jenen Vorzug der Bauart der neuesten holländischen Anstalten möchte ich aber nochmals hervorheben. Das Prinzip: einfach bauen, klein bauen, dezentralisieren, Placierung der Anstalten in die Nähe der größeren Städte, kann meines Erachtens auch für unsere Verhältnisse vorbildlich sein. Man baut ja dabei durchaus nicht teurer, vielleicht sogar billiger, und der Betrieb gestaltet sich erheblich bequemer und angenehmer für alle Beteiligten: für die Kranken selbst deren Überführung leichter ist und deren Behandlung in kleinen Anstalten besser individualisiert werden kann, für die Beamten, da ihnen der Massenbetrieb nicht die Übersicht erschwert, für die Angehörigen, die ohne weite Reisen mit nur geringen Kosten die Kranken besuchen oder auf Urlaub herausholen können, und last not least für die Ärzte, zumal bei dem gegenwärtigen Ärztemangel. Durch ein derartiges System werden die Lebensbedingungen der Irrenanstaltsärzte verbessert und sie erhalten eher die Aussicht, in der Vollkraft ihres Lebensalters in selbständige Direktorenstellungen zu gelangen. Dadurch gewinnt unser Irren

ärztestand an Ansehen und Zugkraft; das Angebot auch für die unteren Ärztestellen dürfte quantitativ und qualitativ besser ausfallen. Da die Ärzte ja in dem Betriebe der Anstalt die führende Rolle spielen, aus ihnen später die Direktoren hervorgehen, so dürfte eine solche Hebung des irrenärztlichen Standes von nicht zu unterschätzender Bedeutung für das ganze Anstaltswesen sein.

Zum Schlusse möchte ich an dieser Stelle den holländischen Ärzten, die mich überall mit großer Liebenswürdigkeit und Gastlichkeit aufgenommen und mir ihre Anstalten gezeigt haben, meinen wärmsten Dank aussprechen.

Über Gefängnispsychosen.

Vortrag in der jurist.-psychiatr. Vereinigung in Zürich am 7. Juni 1907.

Von Dr. *Riklin*-Rheinau.

(Fortsetzung.)

Es liegt mir daran, den Versuch zu machen, von den Haftpsychosen im allgemeinen eine bestimmte psychologische einheitliche Gruppe abzutrennen, deren Symptome speziell der Psychologie der Untersuchungshaft entsprechen, während die erwähnten Beispiele und der geschilderte Haftkomplex in seinen Varianten eher für die Strafhaft typisch sind.

Das nötigt uns, einen Augenblick auf die Simulation zurückzukommen, die, wenn überhaupt, in erster Linie in der Untersuchungshaft eine große Rolle spielt.

Simulation von Geisteskrankheit ist bei Häftlingen, besonders bei Untersuchungs-Gefangenen, eigentlich etwas naheliegendes, und doch ist sie selten, was bei unserer heutigen diagnostischen Technik als feststehend gelten kann. Es gibt eben auch wichtige Gründe gegen das Simulieren, z. B. die Gefahr, statt einige Zeit in der Haft, auf unbestimmte Zeit, dauernd in der Irrenanstalt zu sitzen und als verrückt zu gelten.

Nebenbei muß betont werden, daß das Vorkommen von Simulation im konkreten Fall gar nicht ausschließt, daß nicht daneben eine Geisteskrankheit oder geistige Minderwertigkeit vorliegt; im Gegenteil, wenn wir Simulation konstatieren, so müssen wir mit Recht nach sonstigen Störungen suchen; denn es sind gerade geistig Minderwertige, welche am leichtesten auf Simulation verfallen und denen sie am besten gelingt*).

Jung hat unter 8430 Aufnahmen im Burghölzli nur 11 Simulanten gezählt.

*) Vergl. Jung: Über Simulation von Geistesstörung. Journal f. Psychologie und Neurologie, Bd. II, 1903. Leipzig, J. A. Barth.

Ferner: Penta: Die Simulation von Geistesstörung. Übersetzt von Ganter. Würzburg 1906. Huber.

Penta hat im Gegensatz zu vielen von ihm erwähnten Autoren in den Gefängnissen von Neapel überraschend viele Simulanten beobachtet, 120 in vier Jahren. Er sucht diese hohe Ziffer für Neapel durch eine Reihe lokaler, teils anthropologischer, teils sozialer Faktoren zu motivieren, deren Aufzählung uns hier zu weit abwegs bringen würde. Bei der Lektüre seiner Kasuistik kamen mir Zweifel, ob es sich jedesmal um Simulanten oder reine Simulanten gehandelt habe; doch muß ich auf den Autor selbst verweisen. Das Geständnis der Simulation ist allein nicht beweisend, denn es gibt notorisch Geisteskranke, die, um aus bestimmten Gründen ihre Krankheit zu dissimulieren, behaupten, sie haben gewisse an ihnen beobachtete Störungen simuliert.

Eine gewisse Einförmigkeit der Symptomatologie, die geringe Ausdauer im konsequenten Simulieren, der plötzliche Ausbruch und das plötzliche Aufhören der Krankheit und die meist fehlende klinische Einheitlichkeit des Krankheitsbildes ergeben gewisse Anhaltspunkte für die Wahrscheinlichkeit von Simulation.

Indessen ist es nicht angebracht, hier die ganze Simulationsfrage aufzurollen.

Einen Übergang von der Simulation zum Pathologischen haben wir bei den pathologischen Lügnern, welche an ihre Phantasien selber glauben, sie selber erleben und darum eine äußerst natürliche Darstellung des Geschwindelten erreichen. Tagträumereien können allmählich zu förmlichen Dämmerzuständen führen. Am Anfang dieser Erscheinungen steht gewöhnlich ein affektbetonter Gedanke, und zwar meist ein „wunschhafter Gedanke", der sich bei suggestiver Grundlage allmählich zum Automatismus entwickelt, vom normalen Bewußtsein immer mehr unabhängig*).

So kann es Individuen geben, die ursprünglich

*) Vergl. Jung, l. c.

Geisteskrankheit simulieren wollen, denen bei ihrer hysterischen Anlage die Simulation so gut gerät, daß sie von ihrem Bewußtsein unabhängig wird und sich dessen Kontrolle entzieht, so daß ein förmlicher Dämmerzustand eintritt, in welchem das Individuum die Herrschaft und Kontrolle über das ursprünglich beabsichtigte simulierte Symptomenbild verliert. Jung hat einen überaus instruktiven Fall dieser Art veröffentlicht:

Es handelt sich um einen belasteten Mann, der eine Reihe Diebstähle und Betrügereien beging und zwischenhinein viel vagabundierte. Er verbüßte verschiedene Freiheitsstrafen. Als er wieder als Täter bei einem neuen Diebstahl verhaftet wurde, gab er beim ersten Verhör seine Personalien richtig an, bestritt die Tat, verwickelte sich in Widersprüche und gab schließlich nur noch unzusammenhängende, verwirrte Antworten. In der Haft wurde er nachts unruhig, glaubte, es wolle einer in seine Zelle, es sei ein Mörder mit einem Messer unterm Bett, äußerte, das Essen werde vergiftet und aß nur, wenn er andere auch essen sah usf. Er behauptete auch, er habe selber seine Frau getötet. In der Anstalt, wohin er zur Beobachtung gebracht wurde, war er apathisch, anscheinend desorientiert, gab eine Menge falscher Antworten und führte Befehle verkehrt aus, alles so, daß man noch erkannte, es sei etwas in ihm, was die Fragen richtig auffasse, während die Reaktion darauf unsinnig ausfiel. Die Reflexe waren erhöht, die Schmerzempfindlichkeit außerordentlich herabgesetzt. Nach der Untersuchung fand er den Weg zu seinem Saal und Bett nicht wieder, trotzdem es das einzige war, das leer stand. Er blieb $1^1/_2$ Stunden stehen und fiel in eine wirkliche Ohnmacht. Dann versuchte er wieder, mit aller Gewalt seinen Kopf gegen die Wand zu stoßen und konnte nur mit großer Anstrengung gebändigt werden. Er griff folgenden Tags Ärzte und Wärter an. Er aß drei Tage lang nichts und lag dazwischen scheinbar affektlos blöde zu Bett, selten eine ungereimte Äußerung vorbringend. Hingegen schien er im Gegensatz zu diesem Verhalten die Vorgänge der Umgebung zu beobachten. Man faradisierte ihn am fünften Tage mit ziemlich starken Strömen und kündigte ihm an, das geschehe nun täglich. Am sechsten Tage war er auf einmal klar, wünschte eine Unterredung unter vier Augen und gestand, er habe sich absichtlich krank stellen wollen. Er habe brave Angehörige und da sei er bei der Verhaftung in starke Aufregung und Angst geraten, daß er gar nicht mehr gewußt habe, was sagen, und sei dann auf den Gedanken gekommen, es noch fauler zu machen, als es war. In der Anstalt habe er gleich gemerkt, daß man ihm nicht glaubte, es sei ihm das lange Bettliegen verleidet und ihm zu dumm geworden, den Verrückten zu spielen; überhaupt sei ihm alles verleidet, er denke immer an Selbstmord. Er habe das nicht getan, um der Strafe zu entgehen, sondern der Familie wegen; er habe sich vorgenommen, recht zu tun und habe neun Jahre lang keine Strafe mehr gehabt, bis kürzlich. Die alte Mutter habe ihn gedauert und die Tat ihn gereut usw.

Bemerkenswert aber war, daß trotz der beabsichtigten Simulation bei ihm die Erinnerung über die letzte Zeit und ihre Vorkommnisse im Detail ganz mangelhaft blieb und daß einzelne Symptome nicht mehr bewußt simuliert waren. So hatte er wirklich sein Bett nicht mehr unter den andern gefunden. Er hatte dafür eine lokalisierte hysterische Blindheit. Gerade von dieser Episode hat er keine Ahnung, daß er dabei eine schwere psychische Störung zeigte; den Selbstmordversuch habe er mit fester Absicht unternommen. Bei einer genaueren Prüfung erwiesen sich noch jetzt Auffassung und Merkfähigkeit stark herabgesetzt.

Die Motivierung der Simulation ist unklar; dem momentanen Affekt scheint eine wichtige Rolle bei deren Zustandekommen zuzufallen. Die wirkliche Simulation war Schritt für Schritt begleitet von Erscheinungen, die über dieselbe hinausgingen, die nicht willkürlich hervorgerufen werden konnten. Diese Störungen überdauerten die Simulation und besserten sich erst nachher.

Bei diesem Simulanten ist also die Simulation nur allzugut geraten, d. h. ins Unbewußte entglitten.

Von hier aus eröffnet sich uns das Verständnis für eine Erkrankung, die auf dem Boden einer hysterischen, zu Bewußtseinsstörungen disponierenden Veranlagung hauptsächlich, aber, wie ich gleich betonen möchte, nicht ausschließlich bei Untersuchungsgefangenen entsteht. Sie ist jetzt unter dem Namen des Ganserschen Dämmerzustandes bekannt und hat bereits ihre Geschichte. Dieser Dämmerzustand wurde zuerst bei Untersuchungsgefangenen beobachtet und als Simulation gedeutet. Ein hervorstechendes Symptom dabei ist neben der Bewußtseinstrübung und dem plötzlichen Beginn das des Vorbeiredens, Vorbeihandelns. Die Antworten und Ausführung von Befehlen sind falsch, unsinnig, aber so, daß man sieht, daß Fragen und Befehle richtig aufgefaßt wurden. Gerade dieser Punkt sieht der Simulation sehr ähnlich und ist ihr verwandt. Danebenher gehen typisch krankhafte Symptome. Wir werden sehen, wie diese Pseudosimulation begründet ist. Solche Kranke rechnen z. B. die einfachsten Sachen falsch. Sie schreiben ihren Namen verkehrt. Sie können an der Uhr nicht angeben, wie spät es ist, und zwar verwechseln sie gewöhnlich den großen Zeiger mit dem kleinen oder geben die Zahl an, welche derjenigen, welche der Zeiger zeigt, gerade gegenüberliegt; zum Beispiel statt $^1/_4$1 Uhr 9 Uhr 5 Minuten. Statt des Bartes

wollen sie den Griff des Schlüssels ins Schlüsselloch stecken, statt die Türe zu schließen, machen sie sie ein wenig auf, die Streichholzschachtel wollen sie durch heftigen Druck auf den Deckel öffnen, statt auf die kleine Seite der Schachtel, das Monatsdatum wird um einen Monat zu früh oder zu spät angegeben, Briefpapier heißt Druckpapier, ein Geldstück sei ein Ring usw. Kurzum, es wird vorbeigeredet und vorbeigehandelt.

Dieses Vorbeireden usw. ist indes, wenn auch sehr sinnenfällig, nicht das Wichtigste an der Sache. Es ist Jung*) und dem Referenten**) gelungen, die Psychologie dieser Zustände zu analysieren und auf Mechanismen zurückzuführen, die durch die Arbeiten von Freud in Wien entdeckt und bekannt geworden sind.

Es handelt sich bei diesen Ganserschen Dämmerzuständen, und zwar speziell bei Untersuchungsgefangenen, kurz etwa um folgendes:

Sie haben ein Delikt begangen. Beim Verhör wollen sie leugnen, es gelingt nicht. Die Verhaftung, die Entdeckung sind mit einer ganz schweren Affekterregung verbunden, mit dem intensiven Wunsche: „Wenn nur alles nicht wäre, wenn ich nur von allem nichts wüßte!" Dieser mit starkem Affekt chargierte Vorstellungskomplex bewirkt bei hysterischer Anlage eine Spaltung und Trübung des Bewußtseins. Die Vorstellung des Delikts mit allem Unangenehmen, wird abgespalten, ausgeschaltet. Dem Bewußtsein sind nicht alle Vorstellungen zugänglich, sondern immer nur ein Teil; namentlich das unangenehme Ereignis ist ihm nicht zugänglich. Die Erinnerung daran ist weg. Ja es geht noch viel weiter im Sinne dieses gewiß zuerst noch bewußten Wunsches, nichts von allem zu wissen resp. den Tatbestand nicht zu kennen und die Fragen des Untersuchungsrichters nicht zu verstehen (ein Wunsch, der vielleicht neben dem Wunsch, krank zu sein, auch der bewußten Simulation dieser Art zu Grunde liegt), daß, sobald Fragen im Sinne der Untersuchung gestellt werden, falsche Antworten kommen, und zwar mit ungeheurer Promptheit und anscheinender Natürlichkeit, welche nicht bewußt gewollte Täuschung ist, sondern von einem aus dem Unbewußten heraus reagierenden, automatisierten Vorstellungskomplex veranlaßt wird. Diese falschen Antworten u. dgl. realisieren einen Wunsch: Die betreffenden Kranken wissen nichts vom Delikt, ja, alles was darum herum ist, scheint vergessen. Sie kennen das Datum nicht und gleichzeitig wird ein Datum genannt, das vor der Tat oder gar in der glücklichen Jugend liegt; die falschen Antworten haben doppelten Sinn; man weiß das Wirkliche nicht, den Tatbestand, die Fragen des Untersuchungsrichters. Und anderseits realisieren diese falschen Antworten inhaltlich Wünsche, sie sagen das, was man gerne möchte. (Fortsetzung folgt.)

*) Jung: Ein Fall von hysterischem Stupor bei einer Untersuchungsgefangenen. Journal f. Psychologie u. Neurologie, Bd. I, 1902.

**) Riklin: Zur Psychologie hysterischer Dämmerzustände und des Ganserschen Symptoms. Psychiatr.-neurolog. Wochenschr. 1904.

Mitteilungen.

— Die „Kölnische Zeitung" (1. Nov. 07) bringt über die **Prager Landesirrenanstalt** folgende Nachrichten, welche die ausführlichen Erörterungen des Gegenstandes in der Prager Presse durchaus zutreffend wiedergeben.

Wien, 29. Okt. Dieser Tage traten die Ärzte der böhmischen Landesirrenanstalt in Prag in den Ausstand. Die Ursache waren die ganz unerhörten Zustände, die in dieser Anstalt im allgemeinen und besonders in Bezug auf das Verpflegswesen herrschen. Das Prager Tageblatt enthüllte diese Zustände, die die Landesverwaltung, bekanntlich eine autonome Landesbehörde, die in Böhmen völlig in den Händen der Tschechen ist, da sie mit den durchaus tschechisch gesinnten Großgrundbesitzern im sogen. Landesausschusse die Mehrheit haben, in einem höchst ungünstigen Lichte zeigen. Die Anstalt beherbergt rund 1200 Kranke, verfügt aber nur über 800 Betten. Rund 400 Kranke sind also gezwungen, auf Strohsäcken auf dem Fußboden zu schlafen. In der deutschen und der tschechischen Irrenklinik, die mit der Anstalt verbunden sind, kommen auf 220 Kranke 110 Betten. In der Abteilung für Unruhige müssen in einem Schlafsaale mehr als zwei Drittel der Insassen auf dem Boden liegen. Der Luftraum für jeden Kranken, der 40 bis 50 cbm betragen soll, beträgt in dieser Anstalt höchstens 14 cbm. Infolge dieser Überfüllung, die einen förmlichen Kampf um den Schlafplatz herbeiführt, verrichten die Kranken, um ihren Platz nicht zu verlieren, ihre Notdurft im Schlafsaale. Die Unreinlichkeit, die damit verbunden ist, und deren Spuren zu beseitigen das Wärterpersonal nicht ausreicht, das fortwährende Vertauschen der Strohsäcke und der Mangel an Gelegenheit, sich gründlich zu reinigen (für je 110 Kranke nur eine Badewanne!), hat Krätze und Rotlauf in der Anstalt endemisch gemacht. Die Ärzte suchen die Ansteckung zu bekämpfen, indem sie die Befallenen tage- und wochenlang in die fast unbeleuchteten und unventilierbaren Isolierzellen sperren. Ebenso sind Dysenterie und Ruhr in der Anstalt verbreitet, infolge mangelnder Reinlichkeit und schlechten Trink-

wassers, wie überhaupt ganz Prag unter der Trinkwassernot leidet, da sich der tschechische Gemeinderat seine Zeit mit Politisieren vertreibt, statt ausreichend für die Bedürfnisse des Gemeinwesens zu sorgen. Haarsträubend aber ist, was über die Küchenverhältnisse berichtet wird. Die Milch wurde von der Nahrungsmitteluntersuchungsstation für gefälscht erklärt. Häufig wurde übelriechendes, ja verfaultes Fleisch, trotzdem es von den Ärzten zurückgewiesen wurde, dennoch zur Speisebereitung verwendet. Obendrein sind die Portionen durchaus ungenügend, selbst bei Kranken, die zahlen. Bei der Häufung der Klagen der Ärzte, deren Kost ebenfalls unterwertig war, entschloß sich endlich der Landesausschuß zu einer Kostprobe, da er diese aber drei Tage vorher ansagte, fand er natürlich alles vortrefflich, und alles blieb beim Alten! Nun, nachdem die Sache an die große Glocke gehängt worden ist, werden die Herren von der Landesverwaltung wohl endlich gezwungen werden, mit diesen menschenunwürdigen Zuständen einmal gründlich aufzuräumen. . . . .

— **79. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden** vom 15. bis 21. September 1907. (Fortsetzung.)

Abteilung für Neurologie und Psychiatrie.

12. Herr Stern-Wien: Gegenwärtige Endziele aller bewußten Menschenarbeit.

Vortr. entwickelt aus den Tatsachen der Muskelbewegung eine Reihe psychischer Äußerungen beim einzelnen Menschen und bei sozialen Gruppen. Die Ausführungen entziehen sich der Darstellung in einem kurzen Referat.

13. Herr Rohde-Königsbrunn: Das Vererbungsproblem in der Neuro- und Psychopathologie.

Die Zahlen über die erbliche Belastung bei Nerven- und Geisteskranken schwanken bei den einzelnen Autoren zwischen 4% und 90%. Zur Klärung dieser Verschiedenheiten ist es nötig, auch die gesundgebliebenen Glieder einer belasteten Familie zu berücksichtigen. Wichtiger als Massenstatistiken aufzustellen ist das Studium von Individualstammbäumen. Aus Arbeiten von Koller, von Wagner und Diem geht hervor, daß die Gesamtbelastung der Geistesgesunden von der der Geisteskranken nur wenig abweicht (70% gegen 77%). Die Wertung der Vererbung für die Pathogenese ist zur Zeit eine recht verschiedene. Wir müssen den Begriff in strengem biologischen Sinne anwenden und ihn nicht ausdehnen auf Vorgänge, die mit echter Vererbung nichts zu tun haben, z. B. mit fötaler Infektion. Der eigentliche Akt der Vererbung ist beendigt mit der Verschmelzung der Kernsubstanzen von Ei und Spermatozoen. Es gibt demnach keine hereditären Krankheiten, nur Krankheitsanlagen werden vererbt. Eine solche konstitutionelle Anlage wird bei der Schrumpfniere angenommen, bei manchen nervösen Systemerkrankungen, bei der progressiven Muskelatrophie u. a. Neben diesen Anlagen können auch abnorme Zustände vererbt werden, z. B. Farbenblindheit, Hämophilie, familiärer Diabetes insipidus, Thomsensche Krankheit. Von Vererbungsgesetzen zu reden ist heute noch verfrüht. Die Forschung befindet sich noch im Stadium der Sammlung von Tatsachen.

Daraus ergibt sich aber nicht, daß wir Veranlassung hätten, das ganze Problem für unlösbar zu halten. Aussichten auf Fortschritte bietet das Heranziehen der Genealogie und der Vererbungsverhältnisse im Tier- und Pflanzenreich.

14. Herr Steinert-Leipzig: Die Bedeutung der Störungen im okulomotorischen Apparat für die Lokalisation zerebraler Herderkrankungen.

Vortr. betont die Wichtigkeit einer sicheren Unterscheidung zwischen supranuklearen Augenmuskelstörungen und solchen durch Läsion des peripheren Neurons. Supranukleare Störungen betreffen immer bestimmte Synergismen, die ausfallen, während die geschädigten Muskeln für andere Funktionen sich normal verhalten können. Die Schädigung kann bei bestimmtem Sitz der Läsion sich auf einen Muskel beschränken, der dann an dem betreffenden Synergismus sich nicht zu beteiligen vermag, wohl aber bei anderen funktioniert. Nicht das Konjugierte, sondern die Lähmung nur für bestimmte Funktionen ist das Ausschlaggebende. Die Intaktheit des peripheren Apparats geht aus dem Nachweis anderer erhaltener Synergismen hervor, außerdem ist die absolute Gleichmäßigkeit der Beweglichkeitsbeschränkung zweier Synergisten diagnostisch wichtig für den Nachweis der supranuklearen Natur einer Störung.

Das einzige okulomotorische Symptom der Erkrankung einer Großhirnhemisphäre ist die Déviation conjuguée. Bei doppelseitigen Herden kann es zur Zykloplegie, zur völligen Aufhebung aller Blickbewegungen kommen. Eine kortikale Ptose ist nicht anzuerkennen. Von der Déviation conjuguée des Kopfes und der Augen wesentlich unterschieden ist die pontine einfache seitliche Blicklähmung; von besonderer diagnostischer Bedeutung ist die doppelte seitliche Blicklähmung und die die beiden Synergisten ungleichmäßig befallende seitliche Blicklähmung, weil sie bei Hemisphärenherden nie vorkommen.

Kleinhirnherde können Störungen der seitlichen Blickbewegungen machen, die teils durch den Druck auf den Pons zu erklären sind, teils aber wohl von der Läsion zerebraler und vestibularer Apparate selbst abhängen. Ein pathognomonisches Symptom der Erkrankung der Dachregionen des Vierhügelgebietes scheint die isolierte nicht mit seitlicher Blicklähmung kombinierte vertikale Blicklähmung zu sein. Bei der häufigen Komplikation mit peripherer Parese einzelner Vertikalmotoren ist es besonders wichtig, durch Prüfung der reflektorischen Augenbewegungen die supranukleäre Natur der Läsion sicher festzustellen, der allein die große topisch-diagnostische Bedeutung zukommt. (Schluß folgt.)

Referate.

— 58. Jahresbericht des „Central Indiana Hospital for insane". Superintendent Geo. F. Edenharter, M. D. in Indianopolis.

Das gute Beispiel der Oststaaten der U. S. A. in der Irrenfürsorge ist im Staate Indiana auf fruchtbaren Boden gefallen.

Wohl finden wir hier noch nicht die Arbeitstherapie und familiale Verpflegsform in großen landwirtschaftlichen Kolonien und Werkstättenhäusern ausgebildet, wie in den in der Irrenfürsorge vorbildlichen Staaten Massachussets, Maryland und Newyork.

Dafür aber hat der nimmermüde Superintendent Dr. Georg Edenharter vom Central Indiana Hospital for the insane in Indianopolis durch die Schaffung eines Hospitals for the „sick" insane (Lazarett) und eines pathologischen Institutes in seiner Anstalt sich ein großes Verdienst nicht nur um die Irrenfürsorge, sondern insbesondere um die Studenten der Medizin und die Ärzte des Staates Indiana erworben, weil diese beiden Institute zugleich als Lehrstätten der Universität verwendet werden.

Der pathologische Anatom der Anstalt nimmt eine selbständige Stellung in der Anstalt ein, wie sie die Direktoren der pathologischen Institute in den Anstalten Claybury in London und in dem Manhattan Hospitale auf Wards Island, Ost und West in Newyork, die Professoren Dr. Mott in London und Dr. Adolf Meyer in Newyork haben. Die Engländer und Amerikaner fassen eben den Prosektor der Anstalt als Kontrollorgan dieser auf und geben ihm deshalb jene Selbständigkeit, die sein Amt selbstverständlich verlangt. Der pathologische Anatom hält auch Kurse für Studenten und Ärzte.

Wie umfangreich und alle Wissenszweige unserer Wissenschaft umfassend die Lehrtätigkeit an dem genannten Institute ist, zeigt der letzte Bericht der Anstalt.

Der 58. Jahresbericht des „Board of Trustees and Superintendent of the Central Indiana Hospital for insane at Indianopolis, welches, wie den Lesern dieser Wochenschrift bekannt, die größte Heil- und Pflegeanstalt im Staate Indiana der U. S. A. ist, verdient eine besondere Würdigung seines Inhaltes eben wegen des Berichtes des Direktors des pathologischen Institutes dieser Anstalt.

Weil, wie erwähnt, im Staate Indiana die Vorlesungen über die Psychiatrie, Neuropathologie und Therapie in der Irrenanstalt in Indianopolis gehalten werden, werden den Hörern der Medizin nicht bloß die klinischen Krankheitsbilder unserer Wissenschaft allein vorgeführt, sondern es werden auch der ganze Verlauf und Ausgang der psychischen Erkrankung, endlich auch die Einrichtungen einer modern eingerichteten Irrenanstalt und die therapeutischen Behelfe in ihrer Anwendung kennen gelehrt.

Es hielten in dem pathologischen Institute die Professoren Meyer und Sterne von dem Medical College of Indiana im Jahre 1906 und 1907 alternierend Vorlesungen über die gesamte Psychiatrie, Pathologie und Therapie der Nervenerkrankungen und der Direktor des pathologischen Institutes der Anstalt Dr. Neu Kurse in der Anatomie und Pathologie des gesamten Nervensystems für die Studenten mit Demonstrationen von Kranken, frischen Leichen und Präparaten. Ebenso hielten die Professoren Dr. Hutchins und Todd vom State College of Physicians and Surgeons (in Verbindung mit der Universität von Indiana) über die Entwicklung, Anatomie und pathologische Anatomie des Nervensystems, über die Pathologie und Therapie der Nervenerkrankungen, und der Pathologist der Anstalt, Dr. Neu, im Institute der Anstalt Kurse in diesen einzelnen Fächern.

Außerdem las der Professor Dr. E. H. Lindley von der Universität Indiana einen speziellen Unterrichtskurs für die Studenten der Psychologie. Er behandelte in seinen Vorlesungen die verschiedenen Formen des Irrsinns und die Psychopathologie und zwar in dieser:

1. Die Störungen in der Auffassung (Illusionen, Pseudohalluzinationen und Halluzinationen).

2. Störungen in der Gehirntätigkeit (Amnesie, Paramnesie, Verlust der Orientierung, Wahrnehmungs- und Gedächtnisfälschung, dann die Störungen in der Urteilsfällung, in dem Selbstbewußtsein; Verlangsamung und Beschränkung der Gedanken. (Hemmungszustände und Gedankenflucht etc.)

3. Störungen in der Gemütssphäre (Unlust zum Vergnügen (Anhedonie), Täuschungen im Urteile (vorübergehend und systematisiert).

4. Störungen in der Willenstätigkeit und Handlung (impulsiven Antriebe und kompulsive (Zwangs-) Gedanken; Echopraxie, Negativismus, Stereotypie, Abulie etc.)

Die Vorlesungen sind frei für alle praktischen Ärzte und Studenten der Medizin.

1. Es wurden 42 Autopsien abgehalten.

2. 22 Vorlesungen und zwar 11 theoretische und 11 praktische.

3. 10 Vorlesungen über Neuropathologie mit pathologischen Demonstrationen.

4. 151 Versammlungen des Ärzte-Kollegiums der Anstalt fanden statt, bei welchen 150 Krankheitsfälle vorgestellt, untersucht und besprochen wurden.

5. 81 Fälle wurden zur klinischen Demonstration gebracht.

6. 32 große pathologische Musterstücke wurden dem Museum einverleibt.

Nun folgt ein ausführlicher Bericht des Pathologen an den Superintendenten, welcher uns mitteilt, daß allwöchentlich am Montag, Mittwoch und Freitag regelmäßig Ärzteversammlungen um 10½ Uhr früh abgehalten wurden, in denen die physischen und psychischen Untersuchungen des Blutes, Urins, des Sputums etc. genau vorgenommen und den Anstaltsärzten demonstriert wurden.

Es wurde außer den Untersuchungen die Diagnose gemacht und zur Diskussion gestellt.

Im ganzen wurden 150 Fälle vorgestellt.

Sämtliche Fälle wurden genau in der Anamnese, dem Status praesens, der geistigen und körperlichen Untersuchung, dem Verlaufe und dem Ausgange (Tod) besprochen.

Jeder Verstorbene wurde obduziert. Über die Obduktion wurde stets ein genauer pathologischer makro- und mikroskopischer Bericht erstattet, der in allen Einzelheiten sehr instruktiv und lehrreich ist.

Wenn man den Bericht aufmerksam gelesen hat, so wird man die vollkommene Berechtigung des Schreibens des Vorgängers im Amte eines Superintendenten der Anstalt, Dr. W. B. Fletcher, des jetzigen emeritierten Professors für Geisteskranke am medizinischen Colleg in Indiana, an Dr. Edenharter zu würdigen wissen, welches dieser in seinem Read: „The Importance of a Pathological Department in a State Hospital“ at the quaterly meeting of the Chief executive Officers of the State Institutions of Jowa with the Board of Control, March 18, 1902“ zum Beweise der Richtigkeit seiner Strebungen anführt:

„In making your hospital a great institution of learning for the instructing of physicians, you have taken a step that will ultimately save the wrecked minds of thousands of human beings and the state millions of dollars. No longer will we have doctors diagnosing the delirium of fever the hallucinations of acute alcoholism — or the delusions of temporary emotional excitement as insanity, and aiding in shipping them to the hospitals for the insane.“

(„Dadurch, daß Sie Ihr Hospital in ein großes Institut des Studiums (in eine Lehrkanzel) zum Unterrichte für Ärzte verwandeln, haben Sie einen Schritt getan, der schließlich tausenden von Menschen in ihren gestörten Geisteskräften Rettung und Heil bringen und dem Staate Millionen Dollars ersparen wird. Wir werden keine Ärzte mehr haben, die das Delirium des Fiebers, die Halluzinationen des akuten Alkoholismus oder die Täuschungen einer vorübergehenden körperlichen Erregung als Wahnsinn diagnostizieren und diese Fälle in eine Irrenanstalt transferieren lassen“).

Weiter meldet der Bericht.

Es waren am 1. November 1905:

	912	Männer,	1158	Frauen	=	2070
Aufnahme:	262	Männer,	179	Frauen	=	441
Entlassen:	197	„	176	„	=	373
Gestorben:	100	„	62	„	=	162.

Verblieben am 31. Oktober 1906: 877 Männer, 1099 Frauen, zus. 1976.

Unter den 441 Aufnahmen waren 81 Wiederaufnahmen.

Die Prozentzahl der Heilungen aller Patienten beträgt	7846
Die Prozentzahl der Aufnahmen während des Jahres	40072
Die Prozentzahl der Todesfälle beträgt . .	5958

Die Ausgaben für die Verpflegung der Kranken betrugen bei einem Jahresbudget von 311321,94 Dollars = 1556609,70 Kronen im Berichtsjahre 297909,11 Dollars oder in Kronen 1489545,55. Die Kosten pro Kopf und Jahr betrugen 160,25 Dollars = 801,25 Kronen.

Interessant ist die folgende Tabelle über die Aufnahmen, Entlassungen und Todesfälle seit der Eröffnung des Hospitals, 1848:

	Männer	Frauen	Totale
Aufnahmen	13423	11458	24881
entlassen als geheilt . . .	5483	4727	10210
entlassen als gebessert . .	2095	2107	4202
entlassen als ungebessert .	2438	1519	3957
entl. als nicht geisteskrank	37	29	66
entl. als angeboren schwachsinnig (feeble-minded) .		6	6
gestorben	2480	1956	4436
Summe der Entlassenen und Gestorbenen:	12533	19344	22877

Der besprochene Bericht zeigt in markanter Deutlichkeit den Eifer und Fleiß, welche unsere amerikanischen Kollegen in der Pflege unserer Wissenschaft sowohl wie im Anstaltswesen aufbringen. Daß die Fortschritte damit gleichen Schritt halten, ist wohl selbstverständlich. Dr. Anton Hockauf.

Personalnachrichten.

— **St. Getreu-Bamberg.** Ab 1. Oktober d. J. wurde der approbierte Arzt Joseph Reck aus Würzburg zum Assistenzarzt an der städtischen Irrenanstalt ernannt.

— **Friedrichsberg.** Der Assistenzarzt Dr. Paul Max Hagen ist am 1. November aus dem Dienst der diesseitigen Anstalt getreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Beiblatt zu Nr. 33
der Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift

9. November 1907.

Red.: Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz, Schlesien.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. Halle a. S.



Liste zu ermittelnder, unbekannter Geisteskranker. Nr. 46.

Der nebenstehend Abgebildete nennt sich Adolf Hecht, auch Adolf Heinrich Berthold oder auch Reinhold Bertram, will am 12. April 1877 zu Cassel geboren sein und wird für Rechnung des Rheinischen Landarmenverbandes in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Andernach verpflegt. Die Richtigkeit dieser Angaben scheint zweifelhaft. Es wird gebeten, Angaben, die zur Ermittelung der Person des Kranken und seines Vorlebens dienen können, an den Landeshauptmann der Rheinprovinz in Düsseldorf — Postfach — gelangen zu lassen.

Neunter Jahrgang. Nr. 34. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien)
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 34 16. November. 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zum gegenwärtigen Stande der Pflegerfrage.

Von Dr. *Josef Starlinger*, Direktor der Kaiser Franz Josef-Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling.

(Fortsetzung.)

Es interessierte zunächst, wann oder nach welchen Dienstjahren der Austritt der Pflegepersonen für gewöhnlich zu erfolgen pflegt.

Tabelle II.

Pfleger-Bewegung in den letzten 4—5 Jahren in Mauer-Öhling.

Jahr	Eingetreten		Dermalen noch im Dienste		%
	M.	Fr.	M.	Fr.	
1903	44	58	14	10	23
1904	59	54	14	16	26
1905	43	47	14	19	36
1906	48	42	23	20	47
bis 19. I. 11. 1907	35	34	16	14	35
Zusammen:	129	235	81	83	
	464		164		

Vorstehende Bewegung zeigt, daß die Hälfte, in manchen Anstalten sogar mehr als die Hälfte, schon im ersten Halbjahre die Anstalt wieder verläßt. Die Restierenden verringern sich in den nächsten fünf Jahren von Jahr zu Jahr um zirka 10%, so daß nach fünf Jahren etwa 1/4 noch übrig bleibt. Dieser Rest kann als Stamm betrachtet werden, der sich der Pflege berufsmäßig weiter zu widmen pflegt.

Dieses Ergebnis ist für die Praxis nicht ohne Bedeutung. Es gibt uns fürs erste einen Wegweiser für die Ausdehnung der Probezeit, dann enthält es Anhaltspunkte für das Einsetzen der theoretischen Ausbildung und endlich zeigt es uns diejenigen Jahre, denen eine erhöhte Fürsorge zuzuwenden ist, um wenigstens für einige Zeit eine größere Fluktuation zu vermeiden.

Der große Wechsel im ersten halben Jahre verlangt naturgemäß wenigstens eine halbjährige Probezeit. Da auch im zweiten halben Jahre noch beträchtlich viel abfallen, so soll die theoretische Ausbildung zum mindesten nicht vor dem ersten Jahre einsetzen.

In letzter Hinsicht wäre es angezeigt, die Pflegepersonen wenigstens bis zu einer fünfjährigen Dienstzeit zu bringen, und dürfte hierzu das Prämiensystem am geeignetsten erscheinen. (Siehe Tabelle III.)

Über die Ursachen des Austrittes lehrt uns eine dreijährige Statistik folgendes: Darnach kommt der weitaus größte Teil (63%) strafweise oder als unbrauchbar oder wegen Unlust zum Abgang. Von den Pflegerinnen kommt ein namhafter Prozentsatz (36%) wegen Familienverhältnissen, Verheiratung und Schwangerschaft zur Ausscheidung.

10% wechseln in andere Stellungen und 5% beträgt der Verlust durch Krankheit und Tod.

Der große Prozentsatz der ersten drei Rubriken betrifft hauptsächlich jüngeres oder eben erst eingetretenes Pflegepersonal, eine neuerliche dringende Mahnung, daß man bei der Aufnahme von Pflegepersonen möglichst rigoros vorgehen sollte, um untaugliche Elemente abzuscheiden. Lieber einen Pfleger weniger als einen schlechten mehr. Schlechte Elemente bilden eine ständige Gefahr für die Anstalt und Kranken.

Die Zusammenstellung der Ursachen der strafweisen Entlassung gibt organisatorisch weniger An-

Tabelle III. Pfleger-Abgang vom 1. Juli 1904 bis 30. Juni 1907.

Grund des Austrittes	Jahr 1904/5		1905/6		1906/7		Summe	
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
Strafweise entlassen	13	11	14	13	13	7	40	31
Unbrauchbarkeit	6	—	5	—	5	7	16	7
Unlust	8	24	10	14	12	6	30	44
In eine andere nieder-österreichische Landes-Irrenanstalt	—	—	2	2	—	—	2	2
Privatanstalten und Krankenhäuser	1	3	1	1	—	1	2	5
Nieder-österreichische Landes-Hilfsbeamte .	1	—	—	—	—	—	1	—
Nieder-österreichische Landes-Amtsdiener .	—	—	1	—	—	—	1	—
Als Anstaltsbäcker, Kutscher, Tagelöhner, Hausdiener, Nachtwächter	3	1	2	—	3	—	8	1
Landwirtschaftliche Arbeiter	2	—	2	—	2	—	6	—
Nach Amerika ausgewandert	—	—	—	—	—	1	—	1
Militär	2	—	—	—	1	—	3	—
Hausübernahme	1	—	1	—	—	—	2	—
Schwangerschaft	—	6	—	7	—	5	—	18
Familienverhältnisse	—	5	—	2	—	4	—	11
Erkrankung in der Familie	—	1	1	2	2	4	3	7
Provisioniert	—	—	—	—	—	1	—	1
Krankheitshalber	—	—	1	1	1	4	2	5
Gestorben	—	—	3	—	2	1	5	1
Zusammen:	37	54	43	44	41	45	121	143

Tabelle IV. Strafweise Entlassungen.

Entlassungs-Ursache	Jahr 1904/5		1905/6		1906/7		Summe	
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
Mißhandlungen	1	2	2	2	1	1	4	5
Rohes Benehmen	1	—	2	—	2	—	5	—
Dienstverweigerung	3	1	4	1	3	1	10	3
Nachlässigkeit im Dienst	2	3	3	3	4	1	9	7
Ausgangs-Überschreitung	2	1	1	—	—	—	3	1
Vom Ausgange nicht zurückgekehrt	—	—	—	1	—	—	—	1
Wiederholtes Schlafen	1	—	—	—	—	—	1	—
Trunkenheit und Exzesse	1	—	2	1	1	—	4	1
Verhetzungen und Unfriedenstiften	1	—	—	—	—	—	1	—
Schuldenmachen und Geld herauslocken . .	—	—	—	—	1	1	1	1
Mutwillige Beschädigung des Anstaltseigentums	1	—	—	—	—	—	1	—
Aneignung von Anstalts- und Privateigentum	—	3	—	1	—	2	—	6
Fälschung des Rapportes	—	—	—	—	1	—	1	—
Verlogenheit	—	—	—	2	—	—	—	2
Ungeordnet und unrein in der Selbstpflege .	—	1	—	2	—	—	—	3
Infektiöse Erkrankung	—	—	—	—	—	1	—	1
Summa:	13	11	14	12	13	7	40	31

haltspunkte, sie ist aber hinsichtlich der Psychologie des männlichen und weiblichen Pflegepersonales nicht uninteressant und findet deshalb hier Erwähnung. (Siehe Tabelle IV.)

Eine recht lehrreiche Zusammenstellung bezüglich der Dienstzeit gibt folgende Tabelle des gegenwärtigen Standes an den verschiedenen Anstalten.

Tabelle V.

Gegenwärtiger Stand.

	Dienstjahre		
	0—2 %	2—10 %	über 10 %
Wien	40	46	14
Klosterneuburg	64	30	6
Gugging	41	48	10
Ybbs	30	50	19
Öhling	36	59	5
Dobran	45	40	15
Kulparkow	61	32	6
Lauenburg	29	54	15
Troppau	35	42	22
Frankfurt	46	46	8
Illenau	33	37	28
Sächs. Anstalt	28	52	20
Kane Hill Asyl	34	45	21
Colney Hatsch	28	39	33
Leavesden Asylum	30	59	11

Mit Absicht wurden hier Anstalten gewählt, die zum Teil völlig gleiche Organisation haben wie die nieder-österreichischen Landesanstalten, und andererseits wieder solche Anstalten, wo Lage und Stellung des Pflegepersonales die größte Verschiedenheit zeigt. Da ergibt sich nun:

1. Daß der Wechsel überall ein ziemlich bedeutender ist, aber im allgemeinen dort am größten, wo die unzulänglichsten Verhältnisse bestehen.
2. Großer Barlohn allein vermag den Wechsel nicht zu bannen.
3. Auch unter den günstigsten Verhältnissen wird ein gewisser Wechsel unvermeidlich sein.
4. Selbst in den bestdotierten englischen Anstalten, wo alle diese Begünstigungen, von denen wir uns gemeiniglich einen wesentlichen Erfolg in Hinsicht des Wechsels versprechen, längst verwirklicht sind, ist altes Pflegepersonal, das ist über 10 Dienstjahre, nicht in größerer Zahl zu finden. Die Furcht vor einer großen Zahl Altersinvaliden ist daher unbegründet.

So drückend belastet die Irrenpflege Geist und Körper, daß sich nur ein gewisser Teil für Irrenpflege halten läßt und nur ein relativ geringer Prozentsatz bis in späteren Jahren ausharren kann, und da meist auch nur die, die als Ober-, Stations- oder Professionistenpfleger dem dauernden Kontakt der Kranken auf der Abteilung mehr entrückt sind. Die Irrenpflege ist ein Nervenreibeisen, wie kaum ein zweites, und wir selbst fühlen das an unserem Körper nur zu deutlich. (Fortsetzung folgt.)

Über Gefängnispsychosen.

Vortrag in der jurist.-psychiatr. Vereinigung in Zürich am 7. Juni 1907.

Von Dr. *Riklin*-Rheinau.

(Die Fortsetzung diesss Artikels erscheint in nächster Nummer.)

Über den Unterschied des allgemeinen und des wissenschaftlichen Sinnes der Begriffe.

Von Prof. *H. Liepmann*, Oberarzt in Dalldorf.

Zu der Beweisführung und dem Urteilsspruch in dem Prozesse Moltke-Harden im Einzelnen vom Standpunkte des Psycho- und Neuro-Pathologen Stellung zu nehmen erübrigt sich, nachdem ein neues Verfahren eingeleitet ist. Indes ist ein Punkt in diesem Beweisverfahren hervorgetreten, dessen Erörterung mir eine allgemeine prinzipielle, über den vorliegenden Einzelfall hinausgehende Bedeutung zu haben scheint.

In der Geschichte der Menschheit und besonders der Wissenschaft ist schon viel Unheil dadurch gestiftet worden, daß zweierlei gleichgesetzt wurde,

weil es durch ein und dasselbe Wort bezeichnet, unter denselben Begriff untergebracht wurde. Es wird dabei vergessen, wie der Sinn der Worte sich verschiebt, wie die Begriffe sich wandeln. Welche Erweiterung hat z. B. der Begriff der Verbrennung bei dem Physiologen erfahren, der von der Verbrennung der Nahrungsmittel im Körper spricht.

In einer anatomischen Arbeit las ich: „Diese Zellen können eine ungeheure Größe erreichen. Nicht selten beträgt der Durchmesser $^1/_{10}$ mm und darüber.“ Wie fern dem Begriff des Laien von ungeheurer Größe!

Hätte jemand von einem hohen Beamten geschrieben: „Bei seinen bekannten alkoholistischen Neigungen .... usw.“, so ist klar, daß damit ein Vorwurf erhoben würde, der in derbes Deutsch übersetzt, hieße: X ist ein Säufer. Es werde nun nachgewiesen, daß X zur Hauptmahlzeit eine halbe Flasche Wein, und abends regelmäßig ein bis zwei Glas Bier trinke. Ich halte es gar nicht für ausgeschlossen, daß mancher dem linken Flügel der Abstinenzler angehörige Arzt, als Sachverständiger vernommen, nach bestem Gewissen bejahen würde, daß mit diesem Konsum sein Begriff von „alkoholistischen Neigungen“ erfüllt sei. Er könnte auch auf Grund von Experimenten aussagen, daß es sich hier um eine Höhe des Alkoholgenusses handelt, die Leistungsfähigkeit und Wert schon herabsetze. Der Beweis der Wahrheit wäre erbracht, eine strafbare Beleidigung läge nicht vor. Daß ein Gericht diesen Ausführungen folgen würde, ist kaum zu befürchten, weil auf diesem Gebiete kaum jemandem die Differenz zwischen dem populären Begriff und dem wissenschaftlichen entginge.

Anders aber steht es auf dem Gebiete des Sexuellen, obgleich sich hier genau dasselbe Verhältnis darbietet. In den Begriffen des Publikums stehen sich gegenüber: der Mann mit den natürlichen Instinkten auf der einen, und der Päderast auf der andern Seite. Der erstere repräsentiert den sauberen, anständigen Menschen, der zweite den verachteten, mit physischem Widerwillen angesehenen Unmenschen.

Wenn in einer Wochenschrift einem Manne mehr oder weniger unverblümt homosexuelle Neigungen nachgesagt werden, noch dazu mit der Behauptung seiner Zugehörigkeit zu einer schädlichen Gruppe, die angeblich zweifellose Päderasten in sich berge, so versteht der Leserkreis darunter den Homosexuellen der Tat, mindestens aber den der grobsinnlichen Begierde.

Nun hat aber die wissenschaftliche Forschung den Begriff der Homosexualität enorm erweitert, eine Anzahl Spezialforscher sind den vielfachen Varietäten des Geschlechtslebens nachgegangen, es haben sich allerlei Übergänge und Mischzustände enthüllt; das Sexuelle in normaler und abnormer Richtung wird bis in seine verfeinertsten, dem Laien gar nicht mehr als solche erkennbaren Ausprägungen verfolgt. Seelische Beschaffenheiten, welche dem Publikum ganz unverfänglich erscheinen, werden für feminine Züge in höchster Verschleierung erklärt, ein homosexueller Einschlag bei Männern entdeckt, die sich nichts davon träumen lassen.

Einige Ärzte sehen ihre Lebensaufgabe darin, die ungeheure Verbreitung der Homosexualität zu erweisen, und ihr natürliches Recht zu vertreten. Es werden bei hervorragenden, allgemein verehrten Personen der Geschichte und Literatur mehr oder minder bestimmt abnorme Züge behauptet. Ein weiches Empfinden, ein Zug zur Poesie und Musik sind in diesem Sinne schon feminine Züge. Findet ein Mädchen ihre Lebensaufgabe im Gattin- und Mutterberufe nicht erfüllt, sehnt sie sich nach einem eigentlichen Berufe, ist sie von tatkräftiger Energie, so bedeutet das schon einen maskulinen Einschlag; ist sie gar frigide gegen Männer, verabscheut sie den physischen Verkehr ganz, und widmet sie sich mehr inniger Freundschaft mit dem gleichen Geschlecht, so ist die Homosexualität erwiesen.

Sei etwa jemand asexuell, widerstehe ihm der körperliche Geschlechtsverkehr mit dem Weibe, und erst recht mit dem Manne, es finde sein in der „natürlichen“ Form nicht gesättigtes Anschlußbedürfnis Entladung in einer über das Gewöhnliche hinausgehenden Innigkeit und Wärme seiner Freundschaftsgefühle, so muß sich das unter der Lupe des Homosexualitätsforschers als homosexuell darstellen — selbst, wenn es dem Betreffenden selbst unbewußt geblieben ist, wenn es also niemals in streng medizinischem Sinne zu einer geschlechtlichen Regung Männern gegenüber gekommen ist.*)

Daß hiermit der Begriff der Homosexualität von seinem volkstümlichen Sinn auf ganz etwas anderes übergeflossen ist, liegt auf der Hand.

Das betrifft nicht nur den Begriff des Homosexuellen, sondern den Begriff des Sexuellen überhaupt. In bestimmter Beleuchtung kann der alten Jungfer zärtliche Hingabe an Kanarienvögel und Katzen als eine Konversion und Transposition des zurückgedrängten Geschlechtsinstinktes aufgefaßt werden u. ähnl.

*) Ob es im Falle M. so liegt, oder ob es sich nicht vielmehr um die Frigidität eines schon alternden Mannes gegen eine bestimmte Frau handelt, oder wie sonst auch immer, ist für die prinzipielle Erörterung, um die es sich hier handelt, gleichgültig.

Wie weit (bis zur Absurdität weit) ein bekannter geistvoller Neurologe in die alltäglichsten Dinge Sexuelles hineindeutet, ist den Fachmännern bekannt. Ihm ist der Begriff „Familie" glatt und ohne Einschränkung ein sexueller.

Abgesehen von solchen Auswüchsen ist eine wissenschaftliche Erweiterung des Begriffes homosexuell jedenfalls diskutabel. Man muß sich nun aber klar sein, daß diesem Begriff des Abnormen, des Homosexuellen gar nichts mehr von dem populären, mit Schande belegten, anhaftet. Diese Züge finden wir ja in ungeheurer Verbreitung bei unseren geschätztesten und höchststehenden Mitmenschen. Es geht ähnlich, nur mit umgekehrtem Vorzeichen, wie mit der Theorie gewisser Psychologen: daß auch die edelste, selbstloseste Handlung egoistisch sei und auf Vermehrung der eigenen Lust gehe, dem Edlen sei eben die Hingabe an den Nächsten höchste Lust. Schön — erweitere man den Begriff des Egoismus derart — so hat man zwei Kategorien von Egoisten gewonnen; der Wertcharakter aber, der früher dem Egoismus als Ganzem anhaftete, fließt jetzt nicht etwa auf den erweiterten Begriff über. Wir haben jetzt statt der Egoisten und Altruisten zwei Kategorien von Egoisten: die löblichen und die gemeinen, und es wäre eine Verirrung, den Egoismus im engeren dem im weiteren Sinne gleich zu setzen.

Und so ist auch der Begriff des Homosexuellen im Kopfe des Fachmannes nicht mehr identisch mit dem der Gesellschaft. Wenn also den Sachverständigen im Prozeß sein Gewissen zwang, die Frage der Homosexualität des Klägers, wenn auch als eine diesem selbst unbewußte, zu bejahen, so ist das, was er bejaht, ganz verschieden von dem „Abscheulichen", an das die Laienwelt dabei denkt. Wenn der beklagenswerte Kläger eine so metamorphosierte, aus dem Grobsinnlichen ins Geistige erhobene Homosexualität besitzt, daß sie ihm selbst nicht einmal bewußt wird, so ist sie nicht identisch mit dem, was der Beleidigte und alle Welt mit ihm aus den ursprünglichen Artikeln des Beleidigers herausgelesen haben.

In anerkennenswerter Weise hat der Sachverständige selbst betont, daß damit kein Makel auf den so Gekennzeichneten falle; aber der Umstand, daß seine rein naturwissenschaftliche Betrachtung auch das Odium perhorresziert, das selbst den krassesten Betätigungen der Homosexualität anhaftet, daß er nirgends in der ganzen Stufenreihe Laster sieht, läßt ihn die Differenzierung nicht treffen, die für die Urteilsbildung des Richters notwendig ist. Denn für ihn als Wissenschaftler sind die allerverfeinertsten Ausprägungen der Homosexualität und ihre handgreiflichen Betätigungen nur Gradunterschiede, welche die Mutter Natur geschaffen hat. Mit dieser naturwissenschaftlich berechtigten Anschauung verfehlt er den Schnitt zu machen, der sozial, rechtlich und moralisch von höchster Bedeutung ist. Wo es gilt, die Ehre, die makellose Vergangenheit eines Mannes von Besudelung zu reinigen, sind diese Gradunterschiede von eminentem Belang.

Gewiß ist diese Unterscheidung in erster Linie Sache des Richters. Aber auf einem Gebiet, auf dem jeder Richter vollkommener Laie ist, dürfte eine Aufklärung durch den Sachverständigen am Platze sein. Mindestens ist es nicht erwünscht, daß er dem Richter die Unterschiede zwischen den verschiedenen Stufen verwische. Es liegt mir fern, dem Sachverständigen einen Vorwurf zu machen. Da sein ganzes Sinnen und Trachten darauf gerichtet ist, die Vollwertigkeit aller Nüancen des geschlechtlichen Lebens zur Anerkennung zu bringen, da er immer den Ton darauf legt, keine Ausprägung des Homosexuellen schändet — so verliert er natürlich den Blick für die Differenzen, die der gewöhnliche Sterbliche zieht. Er würde seiner besten Überzeugung untreu werden, wenn er sagte: „Unterscheidet zwischen dieser sittlich und ästhetisch einwandfreien Spielart und den widerwärtigen Schweinereien Anderer".

Aber hat der Sachverständige — höre ich einwenden — nicht ausdrücklich betont, daß bei dem Kläger Handlungen gegen § 175 nicht vorliegen? Gewiß, die reale Grenze der Strafbarkeit zog er in Rücksicht. Aber was liegt nicht alles zwischen dem durch § 175 unter Strafe Gestellten und dem Winzigen, was dem Grafen „bewiesen" wurde? Der § 175 betrifft nur die beischlafähnlichen Handlungen, nicht die gegenseitige Masturbation, nicht die Umarmung und Berührung zu und mit Erection und Ejakulation, und erst recht nicht die unterdrückte physische Begierde.

Die große Unbefangenheit, mit der jemand als reiner Naturforscher den Perversitäten gegenübersteht, kann ihn, so paradox es klingt, als Sachverständigen in einer Beleidigungsfrage befangen machen — im edelsten Sinne des Wortes, insofern die leidenschaftliche Betonung des Jenseits von Gut und Böse ihn voreingenommen gegen die Bedeutung macht, die dieses Gut und Böse im gesellschaftlichen Leben nun einmal spielt.

Ohne also einen Vorwurf zu erheben, muß man bedauern, daß neben einem Sachverständigen von der reichen Spezialkenntnis eines Hirschfeld nicht

ein zweiter gestanden hat, dessen Blick nicht durch krampfhafte Einstellung auf eine erstrebte Zukunftsmoral die Bemessung für die Unterschiede geltender moralischer Werte verloren hätte, der imstande wäre, das mikroskopisch in Betracht Kommende bei Makroskopischem zu vernachlässigen — in einer Feststellung, wo es sich nicht um rein wissenschaftliche Bestimmungen handelt, sondern um Werte.

Die allgemeinere Bedeutung meiner Ausführungen sehe ich in dem Hinweis, naturwissenschaftliche und sozial-ethische Betrachtung nicht zu vermischen. Derselben Gefahr erliegen hin und wieder Psychiater in ihren forensischen Gutachten. Manche dünken sich sehr überlegen über den Laien, wenn sie das, was wir als Mediziner und Naturforscher als Abweichung von der gesunden Norm erkennen, dem gesetzlichen Begriff der Geisteskrankheit substituieren; sie fühlen sich erhaben in ihrer Vorurteilslosigkeit, die da, wo die Masse Gut und Böse findet, nur naturwissenschaftliche Unterschiede kennt. Sie vergessen, daß wir in dem Augenblick, wo wir zum Gutachter bestellt sind, nicht Priester der Wissenschaft, sondern Organe der Gesellschaft sind, und daher verpflichtet, ihren Forderungen Rechnung zu tragen.

Mitteilungen.

— Der 2. November d. Js. war der 100. Geburtstag **Karl Hergts**, des zweiten Direktors von Illenau, der am 23. Dezember 1889, also am Anfang des 83. Lebensjahres, als eines der ersten Opfer der damals neu auftretenden Influenza dahingerafft wurde.

Er war der Freund und Mitarbeiter des großen Roller, der vor 65 Jahren die erste Irrenanstalt im Süden Deutschlands als Neubau geschaffen hat.

Gebührt Roller das Verdienst der Gründung und Organisation der Anstalt im großen, so war Hergt nach seiner Wesensart die berufene Persönlichkeit, eine derartige Neuschöpfung im Innern zu beleben, sie mit dem Geiste der Menschenliebe und Krankenfürsorge bis ins einzelnste zu erfüllen. Hierin liegt sein großes Verdienst. Er war ein Meister der inneren Organisation des Anstaltslebens.

Seine Tätigkeit erstreckte sich aber weit darüber hinaus auf sämtliche Gebiete der praktischen und klinischen Psychiatrie. Ist er auch wenig, nur in einigen erlesenen Aufsätzen, nach außen damit hervorgetreten — als Arzt und geborener Psychiater hat er nicht nur an einer Unzahl von Kranken eine vorbildliche Wirksamkeit entfaltet; er hat auch auf alle Männer, die aus der Illenauer Schule hervorgegangen sind — wir nennen nur die Namen Gudden, Schüle, von Krafft-Ebing, Kirn, Reich — belehrend und anregend gewirkt; ihm verdanken sie ihre klinische Ausbildung. Denn in dem Eindringen in, den Zustand des Einzelnen, in der mühevollen Erforschung der Erscheinungen der erkrankten Psyche, des Zusammenhangs mit körperlichen Symptomen, wie nicht minder in der gründlichen Stellung der Behandlungsindikationen war er ein unübertroffener Meister und Lehrmeister.

Die Verdienste Hergts in der Landesirrenfürsorge während seiner Direktorschaft sind allgemein anerkannt. Er hat in schwierigen Zeitläuften — vor der Begründung neuer Asyle (Emmendingens und der Irrenklinik in Freiburg) — mit seiner Anstalt die Hauptlast der Aufnahmetätigkeit aus dem Lande zu tragen gehabt; das sagt genug.

Wer den Toten im Leben und Wirken kennen gelernt hat, der verdankt ihm viel und vergißt ihn nie!

— Ein radikales Gesetz gegen den Alkohol. Helsingfors, 2. November. Den Schluß des finischen Landtages, der heute seine Tagung beendet hat, bildete das einstimmig angenommene Gesetz betreffend das Verbot der Einfuhr, Herstellung, Feilhaltung und Aufbewahrung alkoholhaltiger Waren. Hiernach sind derartige Waren nur noch Krankenhäusern und wissenschaftlichen Anstalten zugänglich, im übrigen dürfen sie in den Apotheken, denen der Kleinverkauf übertragen wird, bloß gegen Rezept verabreicht werden. Für diese Zwecke kann der Senat Konzessionen zur Herstellung und Einfuhr von Alkohol erteilen, aber unbefugte Fabrikation und Einfuhr wird mit äußerst harten Strafen, bis zu Zuchthaus, belegt. Indessen ist nun die große Frage, ob Kaiser Nikolaus dem radikalen Gesetz die Genehmigung erteilt, da ja aller Wahrscheinlichkeit nach die Länder, die durch das Verbot der Spirituoseneinfuhr nach Finland betroffen werden, aber Handelsverträge mit Rußland abgeschlossen haben, dagegen Einspruch erheben würden. Aus diesem Grunde hat auch ein finischer Abgeordneter, Soininen, kurz vor der Abstimmung an den finischen Senat die Mahnung gerichtet, an höchster Stelle für die Genehmigung einzutreten und nicht ein ablehnendes Gutachten abzugeben. Ein Alkoholverbot, das nicht vollständig wäre, hätte keinen Rückhalt im Volke, weil Finland dann mit ausländischem gefärbtem Branntwein überschwemmt würde. Ob der Senat der Anweisung nachkommt, bleibt abzuwarten. Er hatte schon vor Beginn des Landtages ein Gesetz vorbereitet, das den Branntweinverkauf von dem Gutbefinden der Kommunen abhängig machen wollte. Dieses Gesetz wurde aber so verzögert, daß der Landtag die Sache selbst in die Hand nahm und nun das totale Verbot durchführte. Während der Verhandlungen hatten sich an dem Landtagshause Volksmassen angesammelt, die nach dem Bekanntwerden der Abstimmung in begeisterte „Eläkköös“ (Hochrufe) ausbrachen und

bald danach feierten die Studenten das große Ereignis durch Illumination ihres Vereinshauses.

(Schlesische Zeitung, 6. Nov. 07.)

— Mit ebenso anerkennenswertem wie erfolgreichem Eifer läßt man sich in der Rheinprovinz die Entwicklung des **Hilfsvereins für Geisteskranke** angelegen sein. Über die am 30. Okt. d. Js. in Köln stattgehabte Generalversammlung entnehmen wir dem „Düsseldorfer Generalanzeiger" (1. Nov. 07) folgenden Bericht:

Der Vorsitzende, Sanitätsrat Dr. Peretti, Direktor der Provinzialheilanstalt Grafenberg, begrüßte die zahlreich Erschienenen und gedachte der verstorbenen Mitglieder, an erster Stelle des verdienstvollen Ehrenmitgliedes Oberpräsident Nasse. An Stelle des verhinderten Landeshauptmanns der Rheinprovinz Dr. von Renvers-Düsseldorf war Landesrat Horion-Düsseldorf erschienen. Der Vorsitzende erstattete den Geschäftsbericht der letzten drei Jahre. Hiernach wurden an Unterstützungen aufgewandt 41400 M., seit Bestehen des Vereins 80000 M. Die Zahl der Mitglieder ist auf 10685, die der Vertrauensmänner von 405 auf 550 gestiegen. 280 kommunale Verwaltungen sind in die Mitgliederliste eingetragen. Oberregierungsrat Fink-Köln beantragte hierauf, den § 7 der Statuten dahin zu ergänzen, daß in den Ausschuß mindestens 30 Mitglieder zu wählen seien, wovon mindestens 10 auf den Regierungsbezirk Düsseldorf und mindestens je 5 auf die übrigen Regierungsbezirke entfallen sollen. Der Antrag wurde angenommen. — Der Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen, Dr. Herting, hielt einen interessanten Vortrag über: „Der Hilfsverein und die kriminellen Geisteskranken", woran sich eine lebhafte Diskussion schloß, die zu folgender Entschließung führte: 1. Der Hilfsverein macht in seiner persönlichen Fürsorge für die Geisteskranken, geisteskrank Gewesenen und deren Familien, sofern sie arm und hilfsbedürftig sind, keinen Unterschied, ob dieselben unbescholten sind oder eine schwere kriminelle Vergangenheit haben. 2. Der Hilfsverein betrachtet aber eine möglichst weitgehende räumliche Trennung der unbescholtenen Geisteskranken von den sogen. geisteskranken Verbrechern innerhalb der Anstalten als im höchsten Grade erwünscht. 3. Der Hilfsverein erwartet, daß nach einer etwaigen Reform der Strafgesetzgebung auch der § 493 der Strafprozeßordnung, betr. Anrechnung des Krankenhausaufenthaltes auf die Strafzeit, auch auf die geisteskrank gewordenen und in eine Irrenanstalt überführten Strafgefangenen sinngemäße Anwendung finden muß, und zwar in einer die bisherige Anstaltsbehandlung der unbescholtenen Geisteskranken nicht berührenden Form. 4. Der Hilfsverein erklärt es ferner für wünschenswert, daß die Voraussetzungen für die Festhaltung geisteskranker Verbrecher entweder im Wege des Entmündigungsverfahrens oder in einem besonders zu schaffenden Verfahren für jeden einzelnen Fall festgestellt werden. — Diese Entschließung soll an den Verein rheinischer Irrenärzte und an sämtliche Vereinigungen, die ähnliche Zwecke wie der Hilfsverein verfolgen, gesandt werden. — Landesrat Horion wies darauf hin, daß im nächsten Jahre in Brauweiler 60 Plätze für geisteskranke Verbrecher geschaffen würden, sowie 60 Plätze in einer neu zu errichtenden Anstalt in Bedburg bei Kleve, so daß man dann 180 Plätze in der Rheinprovinz zur Verfügung habe, die auf absehbare Zeit genügen würden. Je 60 Plätze kosteten 300000 M. In Düren komme auf je 2 1/2 Kranken ein Pfleger. Trotz dieser hohen Kosten werde aber die Provinz ihrer Aufgabe gerecht zu werden suchen. Es fehle leider jede Rechtsgrundlage für die Entlassung geisteskrank gewesener Verbrecher. Oberregierungsrat Fink befürwortete, daß eine Kommission gebildet werde, die zu entscheiden habe, ob ein Geisteskranker zu entlassen sei. — Nachdem die Satzungsänderungen und Wahl der Ausschußmitglieder vorgenommen, war die Zeit soweit vorgerückt, daß der vom Oberarzt Dr. Schroeder-Grafenberg vorgesehene Vortrag: „Haben die Geisteskrankheiten zugenommen?" nicht mehr gehalten werden konnte. Dr. Schroeder beschränkte sich darauf, mitzuteilen, daß eine positive Antwort auf diese Frage nicht gegeben werden könne, weil keine Statistik über die Geisteskranken bestehe. Die in Anstalten untergebrachten Geisteskranken hätten an Zahl bedeutend zugenommen und daraus sei zu schließen, daß auch im allgemeinen die Geisteskrankheiten sich vermehrt hätten.

— **79. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden** vom 15. bis 21. September 1907. (Fortsetzung.)

Abteilung für Neurologie und Psychiatrie.

15. Herr Uhthoff-Breslau: Die Augensymptome bei der Thrombose des Hirnsinus.

Vortr. teilt die Sinusthrombose in drei Gruppen ein: die primäre, marantische Sinusthrombose, die septische Form (mit Ausschluß der otogenen und der traumatischen), die otogene Thrombose. Diese drei Formen ergeben auch in Bezug auf die dabei vorkommenden Augensymptome ein verschiedenes Verhalten.

Die primäre marantische Sinusthrombose befällt in erster Linie die unpaaren Hirnsinus, vor allem den Sinus longitudinalis, Sinus rectus, die Vena magna Galeni. Sie ist in der Regel nicht septisch und beträgt ca. 15% des von U. zusammengestellten Materiales. Eigentliche Sehstörungen und Veränderungen am Augenhintergrund sind bei dieser Form verhältnismäßig selten. Ganz vereinzelt findet sich Amaurose ohne wesentlichen Befund und Hemianopsie, erheblich häufiger Störungen in den Augenbewegungen, besonders déviation conjuguée. Selten sind Lähmungen und Nystagmus. Ebenso kommt selten Exophthalmus vor, die Pupillen bieten wenig charakteristische Anhaltspunkte.

Die septische phlebitische Sinusthrombose (15%) zeigt schon erheblich häufiger Augensymptome. Hier tritt gelegentlich eine metastatische eitrige Ophthalmie auf. Augenmuskellähmungen wurden hier in ca. 25%

der Fälle gefunden. Am häufigsten war hier Exophthalmus (72%).

Die otitische Sinusthrombose kommt relativ am häufigsten vor (ca. 60%) und befällt in erster Linie den Sinus transversus und sigmoideus, Sehstörungen und ophthalmoskopische Veränderungen spielen hier eine große diagnostische und prognostische Rolle. Die Bedeutung der Stauungspapille, Neuritis optica, Optikusatrophie, Hyperämie und Stauung im Augenhintergrunde, besonders auch in otiatrischer Hinsicht, werden besprochen. Die meisten Fälle mit positivem ophthalmoskopischem Befunde bieten Komplikationen mit Meningitis, Hirnabszessen, extraduralem Abszeß usw. Augenmuskellähmungen fanden sich in ca. 12% und deuten in der Hälfte der Fälle auf eine Mitbeteiligung des Sinus cavernosus. Am häufigsten ist Abduzenslähmung, selten Déviation conjuguée; Nystagmus deutet auf Mitbeteiligung des Labyrinths oder auch auf zerebrale Komplikationen, eitrige Ophthalmie ist hierbei sehr selten.

16. Herren Bach-Marburg und Bumke-Freiburg i. B.: Pathologie der Pupille.

Herr Bach bespricht den allgemeinen Teil des Themas, und zwar 1. die Störungen in der zentripetalen und zentrifugalen Lichtverengerungsbahn, 2. die Störungen in der aktiven und passiven Pupillenerweiterungsbahn, 3. die reflektorische Pupillenstarre, 4 einige seltenere Pupillenanomalien: Paradoxe Reaktion, die sogenannten springenden Pupillen, den Hyppus iridis.

Herr Bumke bespricht die diagnostische Bedeutung der Pupillensymptome. Die Lehre steht jetzt fest, daß die echte reflektorische Pupillenstarre so gut wie ausschließlich bei Tabes und Paralyse vorkommt. Eine Ausnahme bilden nur die seltenen Fälle, in denen bei früher syphilitisch Infizierten das Robertsonsche Zeichen jahrelang allein ohne andere Symptome bestand. Weiler hat auf die „sekundäre Lichtreaktion" hingewiesen, die bei 96% der Paralytiker fehlte, und Ref. die galvanische Reflexerregbarkeit des Auges untersucht. Neben der reflektorischen Starre ist diagnostisch wertvoll die Miosis und die Entrundung der Pupillen.

Die Kenntnisse über die Pupillensymptome bei der senilen Demenz, arteriosklerotischen Hirnerkrankung, bei chronischem Alkoholismus und den übrigen organischen Hirnleiden zeigen wenig Fortschritte. Dagegen konnte bei der Dementia praecox eine Pupillenstörung festgestellt werden, die in einem Mangel der Pupillenerweiterung auf psychische und sensible Reize besteht.

Das Vorkommen von absoluter Pupillenstarre bei Hysterie, und zwar innerhalb sowohl wie außerhalb des Anfalles kann nicht mehr bezweifelt werden. Ref. konnte durch Anwendung von Kokain und Homatropin nachweisen, daß dieselbe auf einer Herabsetzung des Sphinktertonus beruht, nicht auf einem Dilatatorkrampf.

Die Angaben der Autoren, besonders Bachs, daß Läsionen des oberen Halsmarks bezw. der Medulla oblongata Pupillenstarre bewirken sollten, sind nicht aufrecht zu erhalten. Dagegen haben Versuche Ref. und W. Trendlenburg ergeben, daß das Bild der Sympathikusparese auch durch Verletzung jener Rückenmarksteile zu stande kommen kann. Im übrigen können auch Verletzungen des Schädels und selbst solche der Orbita in sehr seltenen Fällen Pupillenstörungen hervorrufen, die ausnahmsweise einmal auch dem Robertsonschen Zeichen ähnlich sehen können.

Diskussion:

Herr Frankl-Hochwart wünscht, daß man sich mehr mit der paradoxen Pupillenreaktion befassen und über ihr Vorkommen bei den verschiedenen Krankheiten berichten möge.

Herr Pretori möchte den Ausdruck Pupillenstarre überhaupt vermieden sehen und nur von Pupillenreaktion oder -reaktionslosigkeit sprechen.

Herr Mingazzini erwähnt Untersuchungen von Signorelli in Rom, der gesehen hat, daß bei Typhus, Malaria und Pneumonie die linke Pupille oft träge reagierte und gleichzeitig Anisokorie bestand. Nach Absinken der Temperatur verschwanden die Pupillenstörungen wieder; auch bei Migräne kommt Anisokorie vor.

Herr Hess: Bei Prüfung der Reaktion ist nicht nur die Lichtquelle, sondern auch der Adaptionszustand zu berücksichtigen.

Herr Heilbronner: Um nicht eine träge Pupillenreaktion zu finden, wo keine ist, sollte an der Untersuchung im Dunkelzimmer und mit künstlichem Lichte festgehalten werden. Bei der Verwertung der trägen Reaktion für die Diagnose des pathologischen Rauschzustandes scheint ihm Vorsicht geboten.

Herr Pick erwähnt einen Fall von absoluter Pupillenstarre bei einem Patienten mit Tumor cerebri. Die Pupillen waren stark dilatiert, im Schlafe zeigte sich aber, daß die Pupillen der geradeaus gerichteten Augen (ihre Beweglichkeit nach oben war aufgehoben) sehr stark verengt waren; im Moment des Erwachens erweiterten sie sich sofort und blieben weit und starr.

Herr Rählmann machte ebenfalls auf die Wichtigkeit der Pupillenprüfung im Schlafe aufmerksam.

(Schluß folgt.)

Personalnachrichten.

— **Wuhlgarten.** Dr. Kurtz ist am 1. Okt. 1907 als Assistenzarzt eingetreten und der Volontärarzt Dr. Segaloff am 2. Nov. 1907 wieder ausgeschieden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. **Nr. 35. 1907.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**
Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 35. 23. November. 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zum gegenwärtigen Stande der Pflegerfrage.

Von Dr. *Josef Starlinger*, Direktor der Kaiser Franz Josef-Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling.

(Fortsetzung.)

Besonders ersichtlich drückt sich dieses Empfinden auch aus in dem Streben nach anderen Posten in der Anstalt selbst. Wenn in der Anstalt ein Tagelöhnerposten frei wird, raufen sich die Pfleger darum, obwohl die materielle Stellung hinter der des Pflegers rangiert; als kürzlich der Nachtwächterposten in Mauer-Öhling, gewiß keine angenehme soziale Stellung, zu vergeben war, meldeten sich gleich mehrere Pfleger zur Übernahme.

Recht lehrreich demonstriert dies auch ein Vergleich mit den Verhältnissen der Industrie, wo gerade umgekehrte Zustände bestehen und das ältere Arbeiter-Element die Majorität bildet.

In einer der Öhlinger Anstalt nahegelegenen Papierfabrik beträgt bei einer Arbeiterzahl von rund 1100 der Wechsel nur 7 bis 9%, wobei als Austrittsursache fast nur unabläßliche soziale oder physische Gründe fungieren. Dabei zählt dieselbe ohne größere Entlohnung oder Benifizien an Naturalien

bis zum zweiten Dienstjahre 17%
vom zweiten bis zehnten Dienstjahre 31%
über zehn Dienstjahre durchschnittlich 51%.

Eine andere auch fast mit 1000 Arbeitern hat

bis zum zweiten Jahre . . . 15%
vom fünften bis zehnten Jahre 39%
über zehn Jahre . . . . . . 47%.

Solche Daten kann man nur mit Neid betrachten und bedauern, daß für die leidende Menschheit sich unter den heutigen Verhältnissen nicht soviel erfahrungsreiche Mitarbeiter gewinnen lassen.

Angesichts dieser grellen Differenzen frägt es sich auch billig, ob wir zur wirksamen Einschränkung und Abhilfe des Pflegerwechsels und zur Konservierung der körperlichen und geistigen Frische nicht von vornherein in der Existenzform des industriellen Arbeiters einen wirkungsvollen Faktor finden könnten.

Möglichste Freigebung der Lebensweise, Auflassung der dienstfreien Bevormundung und Kontrolle, Einschränkung der Kasernierung auf das Minimum, dürfen sicher ihre Wirkung auf die vorgenannten Umstände nicht verfehlen. Es ist ein Irrtum, alles Menschliche in Geld und Geldeswert umsetzen zu wollen und zu glauben, jede individuelle Regung reglementieren zu können. Imponderabilien wachsen sich nicht selten zu folgenschweren Schlagworten aus.

Die Furcht, daß durch zu große Freiheit das Anstaltsgefüge leicht gelockert, allerlei Auswüchse sich leicht und unmerkbar einschleichen, oder der familiale Zug im Anstaltsleben Schaden leiden könnte, ist begreiflich, dürfte aber vielleicht mehr theoretischer Natur sein.

In Mauer-Öhling haben wir eine Reihe von Wäscherinnen, Tagelöhnern, Heizern, die auswärts wohnen und es sind nie Störungen daraus erwachsen. Ist irgend eine Unterhaltung oder ein Fest in der Anstalt, sind sie alle da und fühlen sich als Anstaltsangehörige. Auch die englischen Erfahrungen neigen immer mehr und mehr zu dieser unabhängigen Richtung. Die dortigen Pflegepersonen, selbst die Pflegerinnen, wohnen häufig bei Verwandten oder in Wohnungen, die den Anstaltsautoritäten gut bekannt sind. Der medizinische Direktor einer Anstalt befürwortete dieses System aufs wärmste, da es, wie gesagt, nach seiner Erfahrung sehr zur Erhaltung der Gesundheit des Pflegers beiträgt und außerdem sich auch als ökonomisch erweist.

Aus dem bis jetzt Besprochenen haben wir gesehen, daß in unserem heutigen Pflegerverhältnis gerade zwei sehr wichtige Punkte, „Zugang" und

„Abgang", noch recht wenig befriedigen. Der Zugang ist unter allen Umständen durch größere Aktivität von Seite der Interessenten quantitativ und vor allem qualitativ zu heben. Auf entsprechende Mittel und Wege wurde hingewiesen.

Bezüglich des Abganges sind außer den schon erwähnten die bestehenden Einrichtungen an anderen Orten von großer praktischer Bedeutung, weshalb wir zunächst sehen wollen, wie sich an der Hand unserer Berichte die Vorkehrungen verhalten, die für die Pflegepersonen von anerkannter Bedeutung sind.

Nach dem Ergebnisse unserer Rundfrage weisen Schottische Nachtwache 43 Anstalten nach, hierzu noch 6 teilweise, zusammen also 49, d. i. 55 resp. 62%. Diese Ziffer ist erheblich gewachsen seit meiner diesbezüglichen Rundfrage i. J. 1904, wo 43% der Anstalten mit Dauernachtwachen versehen war. Die Wahrung der vollen Nachtruhe wird als ein wesentliches Postulat der fortschreitenden Pflege angesehen, weil innerhalb weniger Jahre ein solcher Fortschritt zu verzeichnen ist. Die dreijährige Erfahrung in Mauer-Öhling bestätigt dies vollends.

Eigene Pflegerzimmer finden sich allgemein in 30 Anstalten, teilweise in 32, in 26 fehlen sie noch ganz. 5 Anstalten haben auch eigene Eßzimmer und 15 Anstalten ein eigenes Pflegerheim, darunter 7 Anstalten für Ordensschwestern.

Die eigenen Pflegerzimmer finden sich allgemein besonders in den neuesten Anstalten, die besonderen Pflegerheime finden nicht dieselbe Nachahmung, die Erfahrungen über letztere sind geteilt, ihre Benutzung oft gering. Die besonderen Pflegerheime scheinen mehr Ausstattungsstücke als notwendig und genügen mehr Kasinozwecken als persönlichen Bedürfnissen. Diesen entsprechen mehr die eigenen Pflegerzimmer. Auf den Wachabteilungen können sie zugleich Schlafzimmer sein, dort wo die Pflegepersonen mit den Kranken zusammenschlafen, dienen sie als Erholungs-, Toilette-, Wasch- und Ankleidezimmer und sind namentlich für das weibliche Pflegepersonal eine große Wohltat.

Freie Eßpausen gewähren noch relativ wenig Anstalten, nur 23 weisen solche nach, 12 nur teilweise. Dies gilt sowohl für den Mittagstisch als Abendtisch. Als Speiseort dienen Pflegerzimmer 25 mal, Pflegerheime 2 mal und Küche 8 mal. Sonst essen die Pflegepersonen im Tagraum unter den Kranken und in 12 Anstalten bald da und bald dort, wo gerade Platz ist und die Notwendigkeit es erheischt.

Recht verschieden sind die Ausgangsverhältnisse. Im allgemeinen genießen die verheirateten Pfleger mehr Freiheit dadurch, daß denselben auch öfters jede zweite bis fünfte Nacht freigegeben wird. Sonst gewähren Ausgang:

So oft als möglich	1	Anstalt
Jeden dritten oder vierten Tag	7	Anstalten
Sieben- bis neunmal im Monat	7	„
Wöchentlich einmal	35	„
Von acht bis vierzehn Tagen	12	„
Dreimal wöchentlich	9	„
Von Fall zu Fall	7	„

Die Ausgangsdauer variiert gleichfalls recht erheblich und beträgt einige Stunden bis zu einem ganzen Tag. Kürzere oder längere Ausgänge kommen auch abwechselnd vor. Die Ausgänge lassen alle Anstalten kontrollieren durch Oberpfleger, Portier oder Stationspfleger. Regelmäßig sind dazu Bücher eingeführt.

Nur eine Anstalt lebt ohne alle Kontrolle, dieselbe hatte auch zur Zeit keine Oberpfleger, weil sie mit solchen sehr üble Erfahrung gemacht hat, während Ordensoberpflegerinnen da klaglos fungieren.

Recht häufig wird bereits von Erholungs-Urlauben Gebrauch gemacht, fast $^3/_4$ aller Anstalten haben solche systemisiert nach Stellung und Dienstzeit und gewähren Urlaub von 5 Tagen bis 4 Wochen. Einfache Pfleger und Stationspfleger für gewöhnlich 10 bis 15 Tage, Oberpfleger meist 15 bis 20 Tage.

Bezüglich der allgemeinen Stellung des Pflegepersonales lehrt die Praxis, daß in 11 Anstalten das gesamte Pflegepersonal Beamtencharakter hat, in 20 der Stations- und Oberpfleger, in 46 nur das Oberpflegepersonal. In allen anderen Fällen sind die Stellen kündbar, und zwar je nach Stellung und Charakter des Pflegepersonales mit kürzeren oder längeren Kündigungsfristen (zwei-, vierwöchentlich oder auch vierteljährlich). 3 Anstalten haben gar keine Kündigungsfrist.

Ein recht kompliziertes und stark differierendes Bild geben die Berichte über die Entlohnung des Pflegepersonales. Ich kann bei der Kürze der Zeit nur das Allerwesentlichste herausgreifen, eine genaue Darlegung würde allein einen Vortrag füllen.

Um ein halbwegs klares Bild der Entlohnungen zu gewinnen, genügt es aber nicht bloß, den Anfangs- und Endlohn ins Auge zu fassen, sondern es sind auch die Zulagen in Geld und Naturalien, eventuell Prämien, die Kost, Dienstkleider, Ruhegenüsse, Witwen- und Waisenversorgung etc. zu berücksichtigen. In dieser Hinsicht muß vor allem konstatiert

werden, daß diese genannten Zubesserungen in vielen reichsdeutschen Anstalten bereits durchgeführt sind, denen sich in Österreich seit kurzem auch Niederösterreich und Schlesien rühmenswert angeschlossen haben. Für Form, Höhe und Ausdehnung dieser einzelnen Zulagen sind natürlich lokale Verhältnisse mitbestimmend.

Die Barlöhne schwanken zwischen 200 bis 640 (750) M. als Anfangs- und 218 bis 1320 (1530) M. als Endlöhne.

In 40 Anstalten stehen die Barlöhne der Pflegerinnen um 10 bis 20% hinter denen der Pfleger zurück.

Die höchsten Löhne weisen im allgemeinen Deutschland und England, die niedrigsten Österreich und Holland auf, Schlesien und Niederösterreich ausgenommen.

Stationspfleger erhalten zum Teile Funktionszulagen (in 36 Anstalten 3 bis 5 M. per Monat), zum Teil um 1/8 höheren Gehalt als die gewöhnlichen Pfleger. Auch deren Prämie erhöht sich in entsprechender Weise.

Die Entlohnungen der Oberpfleger schwanken im allgemeinen zwischen 560 bis 1800 M. als Anfangs- und 560 bis 2500 M. als Endgehalt.

In der Regel nehmen auch die Oberpflegepersonen an den gewöhnlichen Zulagen und Naturalien teil, als da sind: Familienwohnung, Kostrelutum, Weihnachtsremunerationen, Dienstkleidung etc.

Als Zulagen in Geld oder Naturalien fungieren insbesondere: Wohnungsgeldzuschüsse, in 38 Anstalten von 10% des Einkommens bis 600 M. per anno (Oberpfleger).

Prämien, in 20 Anstalten nach 3, 5 und 6 Jahren von 200 bis 400 M., einmal sogar 1500 M. (Privatanstalt).

Weihnachts- oder Neujahrsremuneration in 10 Anstalten, entweder in der Höhe des monatlichen Lohnes oder in bestimmten Summen unterhalb oder oberhalb der Lohnhöhe.

Teuerungszulagen in 2 Anstalten.

Wäschegeld in 2 Anstalten. Dienstkleider werden in 66 Anstalten verabfolgt, entweder in Natura oder in Bekleidungspauschalien von entsprechender Höhe. In vielen Anstalten, die mit eigener Wäscherei verbunden sind, wird den Pflegepersonen auch freie Wäsche gewährt.

Bezüglich der Kost wird angegeben: Die Kost III. Klasse geben 71 Anstalten, außerdem verabfolgen 38 davon noch diverse Zubußen, als: Milch-Kaffee, Bier, Wein, Butter, Speck, Wurst, Hering und dergl. Diese Kostzulagen werden aber zumeist als Gabelfrühstück oder Jause genommen. 7 Anstalten weisen eine eigene bessere Pflegerkost auf. Die Stationspfleger erhalten gewöhnlich eine Mittagszulage, die Oberpfleger in der Regel II., in einigen auch I. Klasse. Wenn die verheirateten Pflegepersonen in gemeinsamem Haushalte leben, erhalten sie häufig die Kost reluiert. In einigen neueren Anstalten ist die Kost von Haus aus dem Barlohne beigeschlossen. In Eglfing zahlen die Pfleger eine entsprechende Summe für die Verköstigung, während die Pflegerinnen die Kost III. Klasse erhalten.

(Fortsetzung folgt.)

Über Gefängnispsychosen.

Vortrag in der jurist.-psychiatr. Vereinigung in Zürich am 7. Juni 1907.

Von Dr. *Riklin*-Rheinau.

(Fortsetzung.)

Das Bewußtsein ist eingeengt; bestimmte angenehme Vorstellungskomplexe ergänzen sich halluzinatorisch und durch Illusionen zu vollständigen Situationen, in welchen der Kranke, die wahre Umgebung verkennend, lebt. Diese Situationen können wechseln; jede nimmt den Kranken wieder ganz in Anspruch; je nachdem kann er bestimmte Angaben richtig machen oder nicht. Eines der früher publizierten Beispiele mag darüber Aufschluß geben.

Der 41jähr. Fuhrhalter Johann S., dessen ökonomische Verhältnisse sich allmählich verschlechterten, verkaufte ein Pferd zum Schein, um es der Pfändung zu entziehen. Wegen Pfändungsbetruges kam er daher in Untersuchungshaft. Noch in der Haft (am 5. Juni) und bei den Verhören fiel bei Johann S. keine geistige Veränderung auf. Am 7. Juni machte der Mitangeklagte P. ein, freilich nur teilweises, Geständnis in Gegenwart unseres Exploranden. Am 8. Juni wurde P. allein verhört und legte ein vollständiges Geständnis ab. Ob unser Explorand davon erfuhr resp. mehr erfuhr, als was P. schon am 7. Juni zugab, weiß ich nicht. Am 9. Juni morgens fiel er dem Gefangenwart durch sein Benehmen auf, und als er am Nachmittag verhört werden sollte (man erinnere sich der üblichen Fragen nach den Personalien im Beginne eines Verhörs),

gab er ganz „verkehrte“ Antworten. Der Untersuchungsrichter hat darüber — im Aktenteil — folgendes sehr wertvolle Protokoll aufgenommen:

Johann S.: „Ich habe gar kein Pferd gekauft von einem Pferdehändler M. in W. Ich kenne keinen M. Ich habe noch nie Pferde für mich gekauft. Ich bin ja Knecht (!), gegenwärtig an der Badenerstraße (stimmt nicht; er wohnt aber im Stadtkreis, in dem sich diese Straße befindet). Wie mein Meister heißt, weiß ich nicht. Ich heiße Johann. Meinen Familiennamen weiß ich nicht. Ich bin nicht verheiratet (!), ich war noch nie verheiratet. Eine Elise A. (Name der Frau) kenne ich nicht. Ich habe keine Kinder.“

Nach Vorführung des Mitangeschuldigten P.: „Ich kenne diesen Mann nicht. Ich weiß nicht, wie er heißt. Ich glaube nur, ich habe ihn schon gesehen, er kommt mir bekannt vor. Ich weiß nicht, in was für einem Hause wir hier sind. Wir sind in Zürich. Wir haben jetzt Februar, ich glaube 1898 (es ist der 9. Juni 1904. Ich weiß nichts davon, daß ich S. heiße. Ich weiß nicht, an welchem Tage ich geboren bin, auch nicht in welchem Jahr. Ich weiß nur, daß ich 28 Jahre alt bin“ (er ist 41 Jahre alt).

Explorand weiß also hier Dinge nicht, über die er auch beim Untersuchungsrichter schon oft und richtig Auskunft gegeben hat. Es ist also nicht ein simuliertes Nichtwissen zur Verheimlichung eines Tatbestandes, was S. bisher gesagt hat. Es könnte sich nur um Simulation von Geistesstörung überhaupt handeln, sofern man den Simulationsverdacht aufrecht erhalten wollte.

Bei der Aufnahme am Abend des 9. Juni 1904 bot Johann S. noch das gleiche Symptomenbild, wie es nach dem mitgeteilten Protokoll schon am Nachmittag des gleichen Tages bestand, nämlich ein systematisches Nichtwissen resp. Danebenantworten, so daß vom Kranken beständig falsche Angaben gemacht wurden, aus denen aber ersichtlich war, daß die Fragen richtig aufgefaßt worden waren. Dabei war Explorand meistens über Zeit und Ort nicht orientiert und zeigte wechselnde Hautanästhesien.

Das Krankheitsbild wird ergänzt durch die Beobachtung, daß Explorand, seitdem er klar ist, sich schwer auf das Delikt und jene Zeit besinnen kann, trotzdem er dazwischen frappante Stichproben dafür gibt, daß die Sachen der Erinnerung unter andern Umständen zugänglich sind.

Wir lassen kurz einige Beispiele von Antworten des Exploranden am Aufnahmetag folgen:

Ref.: Wo sind Sie?

Expl.: Im Dolder (das bekannte Hotel auf dem Zürichberg), sein Begleiter habe ihm das unterwegs gesagt.

Ref.: Das ist das Burghölzli!

Expl.: So?

Ref.: Wissen Sie, was das Burghölzli ist?

Expl.: Ich habe schon gehört davon.

Ref.: Wie heißen Sie?

Expl.: Johann.

Ref.: Geschlechtsname?

Expl.: Ich weiß nicht, wir haben einmal dort bei der Mühle gewohnt. (Stimmt für die Jugendzeit.) [1]*).

Ref.: Woher sind Sie?

Expl.: Von Schaffhausen. (Ein andermal: Ich bin noch ein ehrlicher Züricher. Explorand ist an beiden Orten Bürger.)

Ref.: Heißen Sie nicht S.?

Expl.: S. So?

Explorand gibt unterdessen dem Oberwärter, der ihn zwischenhinein bittet, was er in der Tasche habe, abzugeben, alles richtig ab [2].

Ref.: Wie alt sind Sie?

Expl.: 21 Jahre (er ist 41 Jahre alt).

Ref.: Wann geboren?

Expl.: Ich weiß den Jahrgang nicht recht, ich glaube fast anno 71 (1863).

Ref.: Welches Jahr ist jetzt?

Expl.: 97 (1904).

Ref.: Heutiges Datum?

Expl.: Weiß es nicht.

Ref.: Monat?

Expl.: April (Juni).

Vorgestreckte Finger zählt Explorand richtig, ruft dann aber, wie um die ganze Fragerei abzulenken: Bekomme ich noch kein Wasser? Diese Frage wiederholte er im Lauf der Untersuchung noch mehrmals, wenn er sich für die Fragen nicht zu interessieren schien.

Es werden ihm Gegenstände gezeigt, die er benennen soll:

Eine Brieftasche, worauf gedruckt steht: Taschenkalender.

Expl.: Eine Mappe.

Ein Schlüssel: richtig benannt.

Ein Portemonnaie: Geldbeutel.

Ein Zweifrankenstück: Explorand liest nach langem Herumdrehen auf dem Geldstück, hochdeutsch: Zwei Franken.

Ein Fünflivre: Explorand, nach langem Herumdrehen des Geldstückes: Ein Geldstück. Liest darauf: Fünf Franken.

Ein Zehnrappenstück: Nach langem Drehen in der Hand: Münz.

Ref.: Wie viel ist es wert?

Expl.: Das weiß ich nicht.

Ref.: 5 + 10?

Expl. (studiert lange herum): 5 . . . . 17.

Ref.: Zählen Sie von 1 bis 10.

Expl.: 1, 2, 4, 7, 9, 11 . . . . .

Das ABC könne er nicht sagen.

Man zeigt ihm eine Uhr, er benennt sie richtig. Man fragt ihn, wie viel Uhr es sei (die Uhr zeigt $5^1/_4$ U.). Explorand behauptet: Halb vier, nicht ganz. Er hat also einfach den großen Zeiger für den kleinen genommen.

Ähnlichen Umstellungen begegnet man bekanntlich beim Ganserschen Symptomenkomplex immer wieder.

---

*) Die Zahlen [1] bis [10] beziehen sich auf verschiedene einander ablösende Vorstellungskomplexe im Verlauf des Dämmerzustandes.

Man zeigt ihm eine Zündholzschachtel. Explorand: Ich weiß nicht, was das ist.

Ref.: Machen Sie das auf!

Explorand drückt an der Längsseite der Schachtel herum, dann am Deckel und Boden der Schachtel, und wie man bei der Aufforderung verharrt, drückt er immer stärker, bis plötzlich die Schachtel bricht.

Man gibt dann dem Exploranden einen Schlüssel, er solle die Türe schließen. Er macht die Türe auf und sagt, nochmals zum Schließen aufgefordert: Ich kann ja nicht schließen; wie sollte ich denn schließen können.

Auf Befehl steckt er endlich den Schlüssel ins Loch.

Ref.: So, jetzt müssen Sie doch umdrehen.

Explorand, ganz erstaunt: Umdrehen?

Ref. fragt später: Woher kommen Sie?

Expl.: Ein Herr fuhr mit mir in einer Droschke herum, spazieren. (Er wurde in Begleitung eines Polizisten in einer Droschke gebracht.)

Explorand will nicht wissen, wo er eingestiegen sei. Er wollte nichts vom Selnau (Untersuchungsgefängnis) wissen, nicht wissen, bei welchem Hause er eingestiegen sei. Er habe halt wie ein Loch im Kopf, er könne sich gar nicht mehr recht besinnen.

Ref.: Morgen müssen Sie das alles wissen.

Explorand erstaunt: So, morgen?

Gleichen Abends, 9 Uhr, wurde Explorand nochmals untersucht, als er im Wachsaal zu Bette lag.

Ref.: Wo sind Sie?

Expl.: Im Burghölzli. Der Mann da (der Wärter) habe ihm das auch gesagt.

Ref.: Woher sind Sie gekommen?

Expl.: Ein Herr ist mit mir Droschke gefahren.

Ref.: Wo eingestiegen?

Explorand nach einigem Besinnen: In der Selnaustraße. Er will aber nicht wissen, bei welchem Haus. Dann fragt er plötzlich: Haben Sie telephoniert nach Aarau, daß der Möbelwagen, der heute Morgen hingefahren ist, nachts zwei Uhr ankomme? Ich sagte doch, man solle telephonieren: ich sagte es zu einem Herrn, der dort saß. Es war am Morgen, als wir wegfuhren; in Brugg bin ich selber halt zurückgefahren.

Die Hallunken dort im Kreis III droben haben mir in den letzten zwei Jahren 45000 Frk. gestohlen; ich hatte 100000 Frk. Jetzt bin ich nur noch Knecht [3].

Ref.: Sind Sie verheiratet?

Expl.: Nein.

Ref.: Wie alt sind Sie?

Expl.: 18.

Ref.: Haben Sie die Sekundarschule besucht?

Expl.: Nein, das Polytechnikum; ich wollte Doktor werden. Explorand beharrt auf dieser Aussage, trotzdem man ihm erklärt, am Polytechnikum könne man gar nicht Doktor werden.

Explorand hört einem nebenanliegenden Patienten zu, der unverständlich für sich murmelt, und meint, derselbe rede mit ihm; er fällt dann plötzlich mit den Worten ein: Ja, ja, das ist wahr, traurig, traurig, traurig.

Während dieser Unterhaltung reagiert Explorand zeitweise gar nicht auf tiefe Nadelstiche, zeitweise reagiert er darauf.

Ref.: Wie heißen Sie?

Expl.: Johann S. (sagt jetzt den Geschlechtsnamen auch). Er will aber absolut nicht verheiratet sein [4].

Ref.: Warum sind Sie eigentlich im Bett?

Expl.: Ja, wenn ich nicht hier sein kann, gehe ich anderswo hin, ich komme schon unter [5].

Er steht auf, will sich anziehen, geht an die Türe, klopft an dieselbe. Nachher sagt er wieder: Ich gehe nicht zu diesen Toten da. (Er sieht die schlafenden Mitpatienten.) [6].

Ref.: Warum sind Sie eigentlich vorhin aus dem Bett gegangen?

Expl.: Es war mir halt zu heiß. Er hat also wohl schon wieder die Vorstellungen von vorhin vergessen [7].

Ref.: Aber was macht denn Ihre arme, arme Frau, wenn Sie gar nicht heimkommen und so tagelang herumlaufen etc.?

Sobald man versuchte, auf diesem Wege des Gemütes die Erinnerung an die Frau wachzurufen, statt im Tone der Untersuchung, gegen den er sich immer ablehnend verhielt oder falsch antwortete, gelang es. Jetzt ist er auf einmal verheiratet, ebenso energisch, ja sogar mit drohender Geberde, als er vorher nicht verheiratet sein wollte. Er lobt seine Frau und erzählt mit entzücktem Gesicht Erinnerungen von der Hochzeitsreise [8].

Im nächsten Moment fragt ihn Ref. wieder im Untersuchungston: Wie heißen Sie? Sind Sie verheiratet etc.? [9].

Ebenso prompt und ebenso energisch behauptet Explorand wieder, er sei nicht verheiratet, er habe keine Frau.

Den Vorwurf, er sei ja tagelang nicht heimgegangen, ob er wohl herumgelumpt habe u. dergl., läßt er sich absolut nicht gefallen und droht tätlich zu werden.

Im Momente, wo Explorand verheiratet sein wollte, konnte er über den Namen der Frau, Zahl der Kinder, Herkunft des Eherings u. ähnl. richtig Auskunft geben, hingegen malte er sich die Situation von zu Hause noch mehr aus, glaubte, er sei dort, hielt Ref. für den „Karl aus dem Laden drüben“, duzte ihn, meinte, die Frau sei in der Nähe, pfiff in den Hof hinunter, rief dem Knecht, wo sie sei, wollte ihr „grad telephonieren“.

Will nicht im Burghölzli sein, nichts vom Selnau wissen. *In diesem Zusammenhang will er auch von der Droschke, die ihn gebracht hat, absolut nichts wissen!* [10].

Heben wir die Hauptpunkte dieses Zustandes hervor:

Im Vordergrunde steht das systematische Danebenantworten, dann das Nichtwissen von ihm sehr bekannten Personen und Sachen.

Das Nichtwissen ist am stärksten, wo es sich um die Untersuchungshaft im Selnau handelt. Man sieht z. B. sehr gut, daß das Nichtwissen sich gleich

wieder mehr ausdehnt, wenn man vom Selnau spricht, es erstreckt sich dann auch auf die vorher zugegebene Droschkenfahrt von der Selnaustraße aus.

Die zeitliche und örtliche Orientierung ist meistens gestört.

Bei veränderter Frageart sind Vorstellungen wieder zugänglich, von denen Explorand vorher nichts wissen wollte (Frau, Kinder, Namen). Sobald man von neuem den Untersuchungston anschlägt, weiß er diese Dinge wieder nicht.

Auffallend ist, daß in Erinnerung gebrachte Situationen sofort ganz plastisch hervortreten, und daß Explorand gleich die ganze Umgebung im Sinne der augenblicklichen Vorstellung umdeutet (Situation von zu Hause z. B.).

Im nächsten Moment geschieht das gleiche mit einer andern Vorstellung. Explorand vergißt dann ganz, was eben da war und was er eben gesagt hat. Er hat z. B. vergessen, warum er aus dem Bett gestiegen ist und braucht dann die Ausrede: Es war mir zu heiß usf. Es bestehen nacheinander, angeregt durch die wachgerufene Situation, verschiedene Zustände, die alle als kleine Dämmerzustände mit eingeengtem Bewußtsein charakterisiert sind, wo die Umgebung danach gedeutet wird. Im Moment, wo sich Explorand der Frau erinnerte, war er nicht klarer als vorher, denn er glaubte jetzt auch, er sei zu Hause, suchte und pfiff die Frau, hielt in diesem Zusammenhang den Ref. für „den Karl" etc.

Am folgenden Morgen (10. Juni 1904) schon war Explorand klarer, orientiert, gab richtige Auskunft über Name, Alter, Personalien, Geburtstag von Frau und Kindern etc., über seine Eltern und seine Vorgeschichte. Er wußte, daß er mit einer Droschke hergekommen sei; den Ref. verwechselte er noch immer mit einem andern Arzt, der in der Morgenfrühe zu ihm gekommen war.

Hingegen besaß er für die Erlebnisse der letzten Tage eine umschriebene Gedächtnislücke: Er meinte, es sei der 6. oder 7. Juni 1904 (es war der 10.), wollte sich nicht ans Selnau erinnern. Er sei die letzten Tage zu Hause gewesen, es sei ihm etwas schlecht im Kopf. Wie er von zu Hause weggekommen sei, wisse er nicht.

Im übrigen gibt er aber wieder richtig an, er habe ein eigenes Geschäft, sei nicht Knecht; in den letzten Jahren habe er schlechte Erfahrungen gemacht (weint!). Durch Roßschäden, an Konkursiten, Baumeistern und an Mietern etc. habe er im ganzen 45000 Frk. verloren.

Der Verlauf des Krankheitsbildes ist seither folgender gewesen:

Explorand benahm sich auf der Abteilung in der Folge nicht auffällig, war hier und da gedrückter Stimmung, namentlich nach Besuchen der Frau, und sah dann nachdenklich brütend vor sich hin. Er ging mit zur Feldarbeit, wo er im Anfang verhältnismäßig recht munter war. Die Aussicht auf Bestrafung hat ihn seither wieder mehr deprimiert. Drei Wochen nach dem Eintritt nahm er an einem Anstaltsfest teil; als einige sentimentale Lieder gesungen wurden, fing Explorand plötzlich zu weinen an, wurde dämmrig und rief: „Ach, ich bin doch verloren", und wollte sich aus Taschentüchern einen Strick drehen. In einen Wachsaal gebracht, war er noch dämmrig und stieg mehrmals aus dem Bett. Bald fiel er jedoch in einen ruhigen Schlaf und war am folgenden Morgen wieder ganz klar und ruhig.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **79. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden** vom 15.—21. Sept. 07. Schluß.

Abteilung für innere Medizin.

1. Herr Ziemßen-Wiesbaden: Heilung der Ischias.

Vortr. betont die Notwendigkeit der Spezialisierung und der exaktesten Kausaldiagnose jedes einzelnen Falles. Fast stets ist eine allgemeine Ursache von der lokalen zu trennen. Die große Zahl lokaler Mittel, die ohne gleichzeitige Allgemeinbehandlung als Universalmittel gegen Ischias gerühmt werden, beweisen nur, wie oft das einzelne im Stich läßt. Sie wirken teils durch Ableitung oder Betäubung des Schmerzes, teils beeinträchtigen sie das Gefühl im Nerven. Die Mittel der ersteren Art genügen vielleicht in leichten Fällen, sind jedoch meist von Rezidiven gefolgt. Die Mittel der zweiten Art, unter denen neuerdings besonders die verschiedenen Injektionen in den Nerven oder die Nervenscheide Bedeutung erlangt haben, verwandeln die Hyperästhesie zwar in Anästhesie, die den Kranken für längere Zeit beschwerdefrei machen kann, aber sie setzen gleichzeitig die Vitalität des Nerven in so hohem Maße herab, daß eine Schwäche und Atrophie der betr. Extremität eintritt, die manchmal zu einer Umfangsdifferenz von 4 bis 5 cm führt. Vortr. kennt nur eine lokale Methode, die die Hyperästhesie mildert und den Nerv entlastet, ohne ihn gleichzeitig zu schädigen: die warme Dusche mit Massage im warmen Bade. Er hat diese Methode aus Aux-les-Bains in Savoyen in Wiesbaden eingeführt.

2. Herr Steinhausen-Danzig: Atypische Hitzschlagformen.

Vortr. hat schon in früheren Arbeiten darauf hingewiesen, daß der Hitzschlag nicht als Hyperthermie oder Asphyxie, sondern als eine Erkrankung des Zentralnervensystems mit sehr wechselnder Lokalisation aufzufassen ist. Die innere Disposition ist es, welche die in der Literatur wie in dem Beobachtungsmaterial der Armee in außerordentlicher Fülle enthaltenen, bisher als atypisch aufgefaßten Erscheinungen seitens des Nervensystemes erzeugt: Delirien, Dämmerzustände, diffuse und herdförmige Hirnaffektionen, Sprachstörungen aller Formen und motorische mit sensorisch-sensiblen Ausfalls- und Reizerscheinungen in buntem Wechsel.

Abteilung für gerichtliche Medizin.

1. Herr Näcke-Hubertusburg: Der Familienmord vom psychiatrischen Standpunkt.

Zu unterscheiden: Vollständiger und unvollständiger Familienmord, je nachdem alle oder nur einzelne Mitglieder attackiert wurden, mit oder ohne Selbstmord des Täters. Das untersuchte Material bestand aus 110 Männern und 51 Frauen. Die größere Hälfte aus der Literatur. Die meisten standen zwischen 20 und 40 Jahren und gehörten dem Volke an. Nachfolgender Selbstmord oder -Versuch bei 20 Männern und 17 Frauen. Bei den Männern richtete sich das Attentat in 66% gegen die Frau allein, in 10% gegen das Kind, in 6,4% gegen beide. Bei den Frauen war das Attentat in 6% allein gegen den Ehemann, in 76% gegen das Kind gerichtet. Erblich belastet waren 70,5% Männer und 88% Frauen. Wahn, meist Verfolgung oder Eifersucht, in 9,6% resp. 9,8%. Verschiedene Affekte 11,7% resp. 23,5%, Dämmerzustände 11,7% resp. 9%, Halluzinationen selten erwähnt.

2. Herr Straßmann-Berlin: Familienmord in gerichtlich-psychiatrischer Beziehung.

Ref. beschränkt sich auf die Fälle, die als kombinierter Selbstmord bezeichnet werden können, d. h. bei denen das ursprüngliche Motiv der Selbstmord ist. Er hat zwölf Fälle beobachtet, zwei betrafen Männer, bei denen zur ursprünglichen degenerativen Beschaffenheit noch Alkoholismus hinzugekommen war; zehn Frauen, die sämtlich vom Schwurgericht freigesprochen wurden, ließen als Ursache des kombinierten Selbstmordes durchweg häusliches Mißgeschick aller Art, Mißhandlungen durch den Ehemann, die sich zum Teil auch auf die Kinder erstreckten, Untreue desselben, Notlage etc., erkennen. Die Mehrzahl war ebenfalls von vornherein psychopathisch, in anderen Fällen war das seelische Gleichgewicht noch durch gleichzeitige Schwangerschaft, Menstruation oder puerperale Erkrankungen gestört. Mehrmals erschien die Erinnerung an die Vorgänge bei der Tat getrübt, so daß an einen pathologischen Affekt gedacht werden mußte.

Referate.

— Havelock Ellis, Die Gattenwahl beim Menschen mit Rücksicht auf Sinnesphysiologie und allgemeine Biologie. Autorisierte deutsche Ausgabe von Dr. H. Kurella und Dr. E. Jentsch. Würzburg, A. Stubers Verlag (C. Kabitzsch), 1906.

Havelock Ellis, Die krankhaften Geschlechtsempfindungen auf dissoziativer Grundlage. Autorisierte deutsche Ausgabe von Dr. E. Jentsch. Würzburg, A. Stubers Verlag (C. Kabitzsch), 1907.

Es gibt eine Reihe ungemein häufig zur Verwendung kommender Begriffe, die selbst keine in sich geschlossene einheitliche Bedeutung haben, sondern wiederum in verschiedenem Sinne gebraucht werden, so daß sich aus ihrer Benutzung oft erhebliche Unklarheiten ergeben und im allgemeinen äußerste Ökonomie dieser geboten erscheint.

So wird der Ausdruck „Bewußtsein" das eine Mal gebraucht, wenn es sich um den Bereich der bewußten Vorstellungen handelt, dann wieder sind damit diese selbst gemeint, schließlich die Fähigkeit sie zu produzieren oder zu reproduzieren und sogar die Art, wie es geschieht. Ähnlich liegt es mit dem Begriffe der „Schönheit". Auch unter „Schönheit" kann sehr verschiedenes verstanden werden, deswegen sind auch die meisten Definitionen des „Schönen" so unzutreffend, sie brauchen deshalb allerdings nicht immer geradezu falsch zu sein.

Wenn in den vorliegenden Büchern von menschlicher Schönheit die Rede ist, so ist damit fast immer ein Komplex physischer Beschaffenheit gemeint, der auf das andere Geschlecht eine im weitesten Sinne anziehende sexuelle Wirkung ausübt. Der Autor hat nun versucht, in der „Gattenwahl" zu erforschen, unter welchen Bedingungen zunächst in der Norm beim Individuum derartige Reizwirkungen gesetzmäßig auftreten.

Zunächst hat die „Schönheit" eine objektive Grundlage, die sich im ganzen mit der künstlerischen Abstraktion deckt: die ästhetisch-morphologische Betrachtung des gesunden menschlichen Körpers führt jedesmal, auch bei ganz verschiedenen Rassen, auf eine Reihe von Formmerkmalen und Eigenschaften, die als konstant erforderlich erscheinen, teils den Kanon der menschlichen Gestalt überhaupt konstituieren, teils gewissen sonstigen allgemeinen Begriffen von einwandfreier Körperbeschaffenheit entsprechen. Dieses ästhetische Ideal wird aber sehr vielfach durch besondere spezielle Beeinflussung durchbrochen und kann derart gelegentlich erheblich verschoben werden.

Zunächst schafft die Tendenz, die Rasseneigentümlichkeiten, die speziellen anatomischen und ethnischen Einzelzüge des Organismus besonders reizvoll zu finden, in jedem größeren oder kleineren Völkerkreise wieder ein besonders geltendes eigenes Schönheitsideal. Wird die absolute „Schönheit", worunter in erster Linie das Ebenmaß der Formen verstanden wird, widerspruchslos überall akzeptiert, so erheben sich in Rücksicht auf das weitere bereits gern die bekannten, oft so fruchtlosen Debatten. Nur aus anthropologisch-psychologischen Gründen ist es in letzter Instanz zu verstehen, wenn bei den Aino nichts für so schön gilt, als recht reichliche allgemeine Körperbehaarung, auf Ethnisches ist es zurückzuführen, wenn bei einem Volksstamme künstliche Deformationen (z. B. der Zähne oder Köpfe) als besonders schön betrachtet werden. Beide ursächliche Bedingungen liegen wieder vor, wenn die Chinesinnen ihren ungewöhnlich kleinen Fuß mit künstlichen Mitteln noch stärker in den Dimensionen zu beschränken trachten. Gewöhnlich ist auch das Vorhandensein ausgesprochener „sekundärsexueller" Merkmale (Hüften, Bart usw.) ein wichtiger Faktor für die Entfaltung einer psychosexuellen Reizwirkung. Die wesentlichste Rolle kommt aber hier wohl dem persönlichen Geschmack zu: dieser ist oft der Ausdruck einer besonderen Organisation des Individuums, insofern von ihm oft besondere Varianten der Norm aus Zweckmäßigkeitsgründen vorgezogen werden, oder er ist ein Resultat besonderer Vorfälle, welche das Schönheits-

deal des Individuums einmal durch ungewöhnliche Nachhaltigkeit eigenartiger Eindrücke beeinflußt haben. Auch richtet sich der persönliche Geschmack der Epoche zuweilen mittels einer Art Masseninduktion auf bestimmte Besonderheiten und Einzelheiten, eine Erscheinung, die zu dem Problem der Mode in nächster Beziehung steht, die gerade in der Akzentuierung solcher Einzelheiten durch Haartracht, Kleiderschnitt etc. eine ihrer Hauptaufgaben zu besitzen scheint. Endlich besteht bei gewissen Individuen unter manchen Kulturverhältnissen ein Hang zum Außergewöhnlichen, Fremdartigen, eine Bewunderung des „Exotischen", welche vielleicht bereits als ein leicht degenerativer Zug aufgefaßt werden kann.

Mit diesen Ausgangspunkten indes bleibt das Individuum immer noch auf dem Boden der Norm.

Es ist nun von Interesse, zu sehen, wie diese jedoch zum Teil eine bedenkliche Weiterentwicklung zu nehmen imstande sind. Die objektive Grundlage freilich ist kaum fähig, eine solche Veranlassung zu geben. Auch die Bevorzugung bestimmter Rasseneigentümlichkeiten oder sekundärsexueller Merkmale würde nur ganz ausnahmsweise, vielleicht hier und da einmal Gelegenheit zu Einwänden des Hygienikers, vielleicht mehr zu denen des Ästhetikers geben. Dagegen bietet das Ethnische schon eher Anlaß zu ernsteren Befürchtungen: man muß nicht vergessen, daß die Besonderheiten der Lebensführung häufig zur Ursache des Verfalls ganzer Stämme eines Volkes geworden sind. In diesem Sinne erscheint die Mode unserer heutigen Kulturvölker freilich wesentlich zahmer, wiewohl auch diese nicht geringe Nachteile für die Volksgesundheit zu zeitigen geeignet ist: man erinnere sich nur an die gefährlichen Kleidungsstücke. Indes stehen diese ungünstigen Einflüsse nur in mittelbarer Beziehung zu unserer Frage (am fatalsten wirkt übrigens die mehr ins Gewicht fallende Leistung der Mode, daß sie Unvollkommenheiten zu verdecken imstande ist, wodurch die Selektion häufig irregeführt oder erschwert wird). Als die gefährlichste Quelle des Unsicherwerdens der natürlichen Triebrichtung erweist sich aber das Element des persönlichen Geschmacks. Nur innerhalb mäßiger Grenzen kann man auf diesem Gebiete eine „normalphysiologische" Breite einräumen. Ist die Ansicht richtig, daß sehr große Eigenart des Menschen ein Zeichen des Pathologischen sei, so kann man sich im Interesse des Betroffenen doch im übrigen oft, wie die Erfahrung lehrt, beruhigen. Stärkere Eigenart im Sexuellen dagegen führt leicht sofort tief ins Morbose hinein.

In dem „der erotische Symbolismus" betitelten Hauptabschnitte des letzterschienenen Bandes seiner Studien erörtert der Verfasser die Entstehung einer großen Reihe sexueller Monstrositäten, soweit eine besondere psychische Verarbeitung dabei in Frage kommt, d. h. mit Ausnahme der mehr dynamischen Störungen des Autoerotismus, des Masochismus und des Sadismus und der eine besondere Stellung einnehmenden angeborenen Homosexualität. Man bezeichnet diese großenteils auf „Dissoziation" beruhenden Abnormitäten auch vielfach als „Fetischismen" oder „sexuelle Äquivalente". Die Übergänge zum Normalen sind hier fließende, auch in der Norm nimmt die Bewunderung einzelner morphologischer Besonderheiten der Züge der geliebten Person zuweilen eine auffallende oder befremdende Form an; die Norm ist aber eben dadurch charakterisiert, daß diese doch stets gegen die Wirkung der Gesamtheit der Persönlichkeit des Partners in den Hintergrund tritt, daß etwas nicht nur an sich, sondern auch deswegen geschätzt wird, weil es eben der erwählten Person angehört (Assoziation mit der Vorstellung der Person). Das pathologische Gebiet wird indes betreten, wenn das betreffende Attribut als Reiz erscheint, ohne daß die Totalität des Konsors dabei irgendwie oder auch wenn sie nur in geringem Grade hierbei in Betracht kommt (Dissoziation des betreffenden Reizes von der Vorstellung der Person).

Das mit solcher seelischen Abnormität behaftete Individuum ist, insofern die Erreichung des natürlichen Zwecks des Sexualaktes dadurch gewöhnlich vereitelt wird, als sexuell irre zu bezeichnen. Die geistige Störung braucht natürlich nicht auf andere Gebiete der Psyche überzugreifen, tut es indes nicht selten. Bei den Formen des Exhibitionismus liegt besonders häufig Epilepsie, progressive Paralyse, senile Demenz usw. vor, bei der Bestialität ist meist ein gewisser Grad von angeborenem Schwachsinn vorhanden.

Die Betrachtung der Fetischismen ist deswegen so lehrreich, weil sie ein eigentümliches Licht auf die Elastizität des Schönheitsbegriffs wirft, sobald dieser sich nicht absolut an das „Objektive" hält. Übrigens kompliziert sich die Sache noch weiter, denn es gibt nicht nur eine anatomische, sondern auch eine physiologische und physiognomische Schönheit; umgekehrt verleiht die Gabe zu idealisieren wieder die Möglichkeit, Schönheit dort anzutreffen, wo der Unvoreingenommene nichts davon gewahrt. Hier geht der Künstler und der extreme Altruist, der sogar im größten Verfall nur die noch nicht völlig geschwundenen Reste der Menschheitswürde im Auge *behält*, einen ähnlichen Weg. Man könnte auf die Vermutung kommen, es liege hier überhaupt ein wohltätiger biologischer Zwang zu Grunde, von dem die Fetischismenbildung nur eine Entgleisung darstelle. Man denke sich eine häßliche Tier- oder Menschenrasse, die dunkler oder deutlicher von dem Bewußtsein ihrer Widerwärtigkeit durchdrungen wäre; es ist wahrscheinlich, daß eine solche Rasse nicht wohl fortexistieren könnte. E. Jentsch.

Berichtigung.

In dem Referat: „58. Jahresbericht etc." in Nr. 33 hat sich auf Seite 303, Absatz 14 der zweiten Spalte, Zeile 6 ein sinnstörender Druckfehler eingeschlichen. Es soll dort statt: „in denen die physischen und psychischen Untersuchungen des Blutes" heißen: „in denen die physischen und psychischen Untersuchungen **der Kranken, die Untersuchungen** des Blutes".

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 36. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**
Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der Provinzial-Irrenanstalt **Dziekanka** bei Gnesen ist die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Gehalt 2400 M. bei freier Station I. Klasse. Nach fünfjähriger Dienstzeit der Regel nach Anstellung auf Lebenszeit als Anstaltsarzt mit einem Gehalt von 3300 bis 5300 M. neben freier Dienstwohnung oder dem tarifmäßigen Wohnungsgeldzuschuß.

Bewerbungen, denen die ärztliche Approbation und sonstige Zeugnisse im Original oder in beglaubigter Abschrift sowie ein Lebenslauf beizufügen sind, nimmt der unterzeichnete Direktor entgegen.

1086] Sanitätsrat **Kayser**.

Zum baldigen Eintritt wird für eine Gemütskranke in's Rheinland **eine den besseren Ständen angehörende durchaus gebildete evangel. Dame** gegen hohes Salair als Gesellschafterin gesucht, die möglichst als Oberpflegerin bereits tätig war. Beste Referenzen mit Photographie und Lebenslauf unter Nr. 1081 an die Exped. der Psych.-Neurologischen Wochenschrift erbeten.

Hilfsarztstelle.

An der neuen badischen **Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch**, in der Nähe von Heidelberg, ist die Stelle eines Hilfsarztes sofort zu besetzen. **Anfangsgehalt 2000 M. bar** und mehr, je nach Vorbildung und seitheriger Anstaltstätigkeit; außerdem freie Station. Regelmäßige Gehaltszulagen. Aussicht auf etatmäßige Anstellung bei Bewährung im Dienste. Bewerbungen m. Personalien, Lebenslauf etc. werden an den Direktor der Anstalt erbeten.

Wiesloch, den 14. Nov. 1907.

Der Großh. Anstaltsdirektor:

1084] **Dr. Max Fischer.**

Für kleine schöne Privatanstalt bei **Berlin** in Irrenpflege erfahrene

Oberpflegerin [1088

gesucht. Gutes Gehalt und angenehme Stellung. Meldungen unter **P. E. L.** Postamt 4 Berlin erbeten.

Neuronal

(Bromdiaethylacetamid D. R.-P.)

Bewährtes, unschädliches **Hypnoticum** in Gaben von 0,5—1,0—2,0 g
Ausgezeichnetes **Sedativum** und Ersatz der Bromsalze in Gaben von 1—2—3 g. pro die
Antiepilepticum 3 mal täglich 0,5 g.
Analgeticum bei epileptischem Kopfweh 0,5 g.
Neuronal-Tabletten zu 0,5 g

Neurofebrin **(Neuronal-Antifebrin āā).** Hervorragende Erfolge bei nervösem Kopfschmerz, Migräne und den Unruhezuständen der Frauen zur Zeit der Menses.

Neurofebrin-Tabletten zu 0,5 g. 937

Orexin	**Jodol**	**Hetol**
echtes Stomachicum **Orexin-Tabletten** und **Orexin-Chocol.-Tabletten.**	Bester Jodoform-Ersatz **Menthol-Jodol.**	**Hetol-Injektionen.**

Litteratur durch: **Kalle & Co. A.-G., Biebrich a. Rh.**

Die Wasserheilanstalt Giessbach (Berner-Oberland)

sucht einen tüchtigen praktischen und auf dem Gebiet der Hydrotherapie und Elektrotherapie durchaus erfahrenen

Kurarzt

mittleren Alters. Diplom zur Ausübung des Arztberufes in der Schweiz unerläßlich. Sprachenkenntnis erforderlich. Eintritt anfangs Juni 1908. Näheres bei den Eigentümern der Anstalt.

Gebrüder Hauser.

Arzt gesucht

auf 1. Januar 1908 in die **Privat-Heil- u. Pflegeanstalt Wyss** in Münchenbuchsee, Kt. Bern. Reflektant muß **diplomierter Arzt** und **psychiatrisch** vorgebildet sein. Freie Station. Besoldung nach Uebereinkunft Anmeldungen sind zu richten an die Besitzerin der Anstalt.

Familie Wyss in Münchenbuchsee.

Mehrere gebrauchte Wachkontrolluhren

zu kaufen gesucht.

Lewaldsche Anstalt Obernigk:

Dr. Loewenstein.

Stelleausschreibung.

Infolge Rücktrittes des bisherigen Inhabers wird die Stelle des **Sekundararztes** am Kantonsspital **Winterthur** auf 15. Januar 1908 zur Wiederbesetzung ausgeschrieben.

Dipl. Mediciner wollen ihre Anmeldungen bis zum **30. November 1907** der Direktion des Gesundheitswesens im Chamhaus, Zürich, einreichen.

Zürich, den 4. November 1907.

Für die Kantonale Direktion des Gesundheitswesens,

Der Sekretär:

Dr. H. Keller.

Junge, tüchtige, diplomierte

Krankenpflegerin

sucht Stelle, wenn möglich in ein Spital, Chirurg. Abteilung.

Gefl. Offerten sub Chiffre **E. H. 532** an die Expedition ds. Blattes.

Gesucht

in ein Sanatorium für Nerven- und Gemütskranke

ein Assistenzarzt.

Diplomierte Aerzte wollen sich unter Chiffre **479** bei der Exped. dieses Blattes melden.

☞ Zur Gründung einer kleinen chirurg. Privatklinik und zum Zwecke der mehr wissenschaftlichen Ausübung der Privatpraxis wird eine

Kollegin gesucht,

die nebst der Berufsausübung Freude hätte an einem schönen Familienleben mit Pflege der Kunst und Wissenschaft.

Gefl. Anfragen sub **452 „Aerztliches Familienheim"** erbeten an die Expedition dieses Blattes.

Gewissenhaft, zuverlässig auf dauernde **Krankenpflege,** Begleitung u. Transporte aller Art, auch Ausland, Massagen und schriftliche Arbeiten übernimmt, 29 jähr., ledig, gebildet, kräftig gebaut, besser. Oberpfleger, Waise. **M. Gleissner,** Leipzig, Täubchenweg 88 III. Vorz. Zeugnisse von Herren Aerzten und Herrschaft.

Leitender Arzt

für **große Wasser- und Moorbäder-Heilanstalt** gesucht. Kenntnis d. Hydrotherapie und beider Landessprachen nötig. Die Stelle trägt für die Saison über K 6000. Gefl. Anträge mit **Angabe** der **früheren** Wirkung s. zu leiten an **Gregrs** Annoncenbureau **Prag,** Heinrichsgasse 19, sub **Ch. „Arzt 7105"**.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien)
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 36. · 30. November. **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Ein „Kunden"-Blatt.

Von Dr. *Beyer*, Oberarzt an Dr. Würzburgers Kuranstalten zu Bayreuth.

„Bruder Straubinger, das Leben auf der Landstraße und das obere Zehntausend"! So lautet der Titel einer originellen Zeitschrift, die bei Rudolf Fuchs in Spalt in Bayern für 75 Pfg. pro Quartal zweimal monatlich erscheint, und auf die ich mit folgendem die Aufmerksamkeit lenken möchte.

Als Psychiater hat man ja genügend Veranlassung, sich mit dem eigenartigen Völkchen der „Landstreicher" zu beschäftigen, hat doch eine große Anzahl der Pfleglinge in Staatsanstalten einen mehr oder weniger langen Teil ihres Lebens auf der Landstraße zugebracht, was natürlich auch nicht ohne Einfluß auf ihren Charakter geblieben sein kann. Wir müssen also eigentlich jede Gelegenheit, uns mit dem Leben eines Bruder Straubinger, theoretisch wenigstens, näher vertraut zu machen, freudig begrüßen.

Ich war deshalb auch angenehm überrascht, als ich eines Tages, noch während meiner Anstellung im Staatsdienste, eine Nummer der obengenannten Zeitschrift bei einem Kranken entdeckte. Dieser, der infolge seiner Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen und der daraus resultierenden Gewalttätigkeit ein wenig angenehmer Anstaltsinsasse war und selber lange Jahre auf der Landstraße weilte, hatte seiner Angabe nach früher auch für obiges Blatt geschrieben und fertigte auch damals noch recht nette Gedichte.

Die eigentliche Veranlassung, hier auf den „Bruder Straubinger" hinzuweisen, war für mich der folgende Artikel von Richard Kitzing, der in Nr. 15 des laufenden Jahrganges erschien:

„Klapsmänner.

Wenn ich vordem einen Kunden traf, der einen Vogel hatte, so glaubte ich immer, der arme Teufel habe sich seinen Piepematz in irgend einem Häusle, d. h. in einer Schennigelswinde geholt.

Nun fiel mir vor kurzer Zeit ein neues Buch in die Hände. Es ist bei Johann Ambrosius Barth in Leipzig erschienen, „Zur Psychopathologie der Landstreicher" betitelt und enthält eine klinische Studie, die von Dr. Wilmanns, Privatdozent an der Universität Heidelberg, geschrieben wurde. Dieser gelehrte Herr beschäftigt sich gern mit den Straßenbrüdern und es ist nicht das erste Mal, daß er darüber geschrieben hat. Letzten Herbst war er auch in Spalt und machte am Saumarkt seine Studien. Und ich meine, daß er mit dem Resultate zufrieden war. Glaubt er doch, daß bei den meisten Kunden eine Schraube los ist. Akkurat wie der Steckenheinrich, der einmal zu mir sagte: „Ach Gott, wir duften Kunden haben ja alle einen Klaps!" Ich möchte das zwar nicht so mir nichts dir nichts unterschreiben, gestehe aber, daß ich dem Herrn Doktor in vielen Stücken recht geben muß. Er hat von 1890 bis 1904 in der Heidelberger Klinik 52 närrische Kunden beobachtet. Diese armen Kerle waren dort zum größten Teile von dem badischen Arbeitshause Kieslau untergebracht worden. Herr, wie juckt da meine Hand! Wie gerne möcht ich da schreiben: „Was hab ich denn gesagt? Seht Ihrs, wo unsere Klapsmänner herkommen?" Aber der Herr Doktor ist ein Stück Professor und sieht die Sache durch eine andere Brille an und, ich muß sagen, er nimmt die Sache auch sehr genau. Er hat die Kranken nicht nur beobachtet und ausgehorcht, er ist auch ihren Lebenswegen nachgegangen und hat erforscht, was und wie ihre Vorfahren waren.

Und was fand der Herr Doktor da? Daß 23 von den 52 närrischen Kunden erblich belastet auf die Landstraße kamen. Daß ihre Eltern schon nicht recht richtig waren. Versoffenheit, Geistesschwäche, Kriminalität waren die Sünden und Gebrechen, die sich auf die Unglücklichen vererbt hatten, die an ihnen heimgesucht wurden. Trunkenbolde erzeugten arbeitsscheue Kinder, Kinder von Verbrechern zogen von einer Strafanstalt in die andere. Nur ein dummer Kerl war bei den 52 Kunden nicht. Der mindeste war von Hause aus mittelmäßig begabt, einige waren sogar mit Erfolg durch eine bessere Schule gegangen. Versteht sich! Sagt ja auch schon der Volksmund: „Ein dummer Teufel kann nicht überschnappen". Bedeutend schlechter aber war es mit der körperlichen Entwickelung der närrischen Kerle bestellt. Immerhin wurden 20 von ihnen in die Kaserne gesteckt. Dabei betont der Herr Doktor aber, daß sich nur fünf straffrei hielten. Daraus Schlüsse zu ziehen, will mir jedoch nicht gefallen. Es gibt Leute, denen alles, und solche, denen nichts durchgeht. Zu letzterer Sorte gehören in mancher Garnison auch die von der Landstraße eingerückten Handwerksburschen.

Daß die meisten auch und manche sogar viele Freiheitsstrafen hatten, ist ebenso leicht erklärlich. Ob der Kunde etwas oder nichts tut, bestraft wird er so und so. In einem Lande, in dem man soziale Schäden mit dem Polizeistocke kurieren will, steht der arme Teufel immer mit einem Fuße im Arbeitshause. Aus einem Loche heraus, in das andere hinein, so wickelt sich das erbärmliche Leben des deutschen Kunden ab. Herr Dr. Wilmanns bestätigt in seinem Buche die von mir schon öfters aufgestellte Behauptung, daß die deutschen Kunden keine Verbrecher und Spitzbuben sind. Das sollten sich besonders jene Leute hinter die Ohren schreiben, die bei jedem Einbruchsdiebstahle, Morde, Raubanfalle der Polizei in die Ohren schreien: „Haben Sie gestern den Stromer nicht gesehen? O, das war ein Lump!" Von jedem hundert Strafen nämlich, die Herr Dr. Wilmanns bei den von ihm beobachteten 52 geisteskranken Kunden und Bettlern zählte, konnte er nur fünf Vergehen gegen das Eigentum feststellen. Einbruchsdiebstähle wurden von ihnen überhaupt keine begangen. „Dazu", sagte einmal ein Staatsanwalt verächtlich, „sind diese Kerle überhaupt zu feig." So wird manchmal auch eine Untugend zur Tugend. Hauptsächlich handelte es sich um die gelegentliche Mitnahme von Gegenständen, die für die närrischen Kerle nur einen schlechten Wert hatten. Natürlich mußten sie dafür gehörig auf die langen Finger geklopft werden. Sie waren ja keine Aristokraten, die silberne Löffel gestohlen hatten. Dann wären sie freilich freigesprochen worden. Die übrigen Vergehen, außer Bettel, Landstreicherei und Legitimationsfälschung sind gewöhnlich Affektvergehen: Krawalle, Hausfriedensbruch, Drohungen, Widerstand gegen die Staatsgewalt und andere Ungezogenheiten, an denen in der Regel der gottverdammte Fusel schuld war. Verfasser bekundet jedoch, daß solche Affektverbrechen während der Geistesstörung abnehmen.

Überhaupt ist Herr Dr. Wilmanns ein großer Kenner der deutschen Landstreicher. Wie treffend beschreibt er sie doch: „Die Einbuße an geistiger und gemütlicher Anregung macht sich in der Passivität und Indolenz der Kranken deutlich bemerkbar. Sie bezeigen keine Interessen und Neigungen, keine Wünsche und Klagen, empfinden weder Freude noch Ärger; sie leben ohne Langeweile und Zeitvertreib in den Tag hinein und haben Ehrgeiz und Streben, Anhänglichkeit und Liebe zu Freunden und Familie und jegliches Verständnis für ihre Lage unwiederbringlich verloren." Stimmt! Aber bei weitem nicht für alle Kunden. Es gibt zahlreiche, darunter auch sehr rühmliche Ausnahmen. Und die willenskranken Geschöpfe, die der Herr Doktor hier schildert, sind im Anfange auch nicht so gewesen. Aber man hat ihnen nicht geholfen, sondern sie verfolgt und gepeinigt, bis sie geworden, wie sie jetzt sind. Der Herr Doktor hat aber auch gar keine Freude daran, daß solche unglücklichen Menschen Gegenstand einer gesetzwidrigen, vollkommen aussichtslosen und vielfach sehr harten Behandlung in Gefängnissen und Arbeitshäusern sind.

Ganz besonders ist er mit den Arbeitshausärzten unzufrieden. Er will an solchen Stellen Ärzte mit genügend psychiatrischer Durchbildung haben. Dann aber auch die Einschaffung aller Kunden in die Arbeitshäuser. Warum? „Damit den tausenden von Geisteskranken, die jetzt noch in unseren Strafanstalten diszipliniert würden, rechtzeitig der ihnen gebührende Schutz zu teil werde." Verzeihen Sie mir, Herr Doktor, wenn ich den Kopf schüttele! Müssen es denn gerade

Zwangsarbeitshäuser sein? Ich kann mir nämlich gar nicht denken, daß von solchen Anstalten der von ihnen gehoffte Segen kommen könnte. Auch dann nicht, wenn dort Ärzte ein Wort mitzusprechen hätten mit der Bildung, die Sie diesen Herren wünschen." . . . .

Der Verfasser obigen Artikels, der auch sonst schon häufiger recht hübsche und geistreiche Beiträge geliefert hat, ist selber einer von den Fahrenden.

Über die Mitarbeiter, nach denen ich mich zum Teil unter Angabe des Namens erkundigte, machte mir der Herausgeber folgende Mitteilung: Sämtliche sind weitgereiste Leute und befinden sich abwechslungsweise noch auf der Landstraße. R. ist Hafner von Beruf, S. Fabrikarbeiter, H. Kaufmann, E. Schneider, W. Schreiner und S. Schmied; K., ein sehr begabter Mann, war früher Schneider und hausiert seit längeren Jahren schon im Schwäbischen mit Kurzwaren; er besitzt einen Ziehkarren mit zwei Hunden; usw.

Die Beiträge sind zum Teil in Kundensprache abgefaßt, teils recht derbe, teils von sehr feiner, zarter Lyrik und sind psychologisch vielfach hochinteressant.

Es sei mir gestattet, hier ein Beispiel von Kundenpoesie wiederzugeben:

„Wild Röselein.
Von Johann Charley.

Es blüht verborgen im blumigen Hain,
Umleuchtet von goldenem Sonnenschein
Wild Röselein.

Von Eitelkeit ist an ihm keine Spur!
Einfach und schlicht, wie ein Kind der Natur
Prangt's auf der Flur.

Wie der Fuchs so schlau, wie der Hirsch so flink,
Stets frei und fröhlich wie Käuzchen und Fink
Ist's wilde Ding.

Die roten Wangen, das goldblonde Haar,
Der treue Blick im Rehaugenpaar
Sind echt und wahr.

Händchen und Füßchen sind winzig und fein;
Der Rosenmund und das Herzchen so klein
Sind gut und rein.

Gar mancher hätt's Röselein gerne gepflückt,
Doch weil's hat gestochen und wild geblickt,
Ist's nicht geglückt.

Nur einer, ein Bub aus dem nahen Grund,
Darf herzen und küssen den süßen Mund
Zu jeder Stund.

Des Herbergs-Vaters Töchterlein,
Sein Ein und sein Alles, sein Sonnenschein
Ist's Röselein."

Einzelne der Mitarbeiter, so teilt mir der Verleger mit, schreiben druckfertig, bei vielen muß aber stark nachgeholfen werden.

Die Entstehungsgeschichte des „Bruder Straubinger" ist kurz folgende: Alljährlich strömen zu der Ende August beginnenden Hopfenernte, zum „Zupfianus", Tausende von arbeitssuchenden Leuten in der Gegend von Spalt zusammen, darunter sehr viele Kunden. An einem Sonntage während der Ernte wird dann von Letzteren der sogenannte Saumarkt veranstaltet. Im Jahre 1904 gab Rudolf Fuchs in Spalt zum ersten Male zu diesem Feste eine Gelegenheitszeitung, genannt „Der Saumarkt", heraus. Das Blatt fand überall Anklang. Verschiedentlich wurde an ihn dann das Ersuchen gestellt, ein ähnliches Blatt öfter im Jahre erscheinen zu lassen. Deshalb entschloß er sich zu der monatlichen Schrift „Der arme Teufel", die im zweiten Halbjahre dann monatlich zweimal erschien und in „Bruder Straubinger" umgetauft wurde. Die Auflage dieses Blattes, das in ganz Deutschland und auch im Auslande verbreitet ist, ist 3000.

Dies ist in kurzen Zügen das Bild dieser eigenartigen Zeitschrift, die auch in den Kreisen der Psychiater Beachtung verdient.

Zum gegenwärtigen Stande der Pflegerfrage.

Von Dr. *Josef Starlinger*, Direktor der Kaiser Franz Josef-Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling.

(Fortsetzung.)

Die Magenfrage ist für das Pflegepersonal nicht bloß sehr wichtig, sondern auch zugleich ziemlich schwierig. Unter allen Umständen muß aus physiologischen Gründen für das schwerarbeitende Pflegepersonal eine nahrhafte und bessere Kost, als gemeiniglich für die III. Verpflegsklasse angesetzt ist, gegeben werden. Außerdem muß eine gewisse Individualisierung zugelassen werden. Namentlich zwischen beiden Geschlechtern, Pflegern und Pflegerinnen, aber auch hinsichtlich des einzelnen, müssen

Modifikationen gestattet sein, auch wenn eine bestimmte Krankheit nicht zu Grunde liegt. Die Kost dem Willen des einzelnen ganz zu überlassen, ist heute administrativ noch undurchführbar und auch nicht notwendig, wenn für entsprechende Abwechslung genügend gesorgt ist.

Ruhegenüsse sind in 47 Anstalten ermöglicht und geregelt, 15 Anstalten geben fallweise Unterstützungen nach längerer Dienstzeit, oder dienstlicher Invalidität, 16 Anstalten verneinen jede derartige Einrichtung.

Anspruch auf Ruhegenuß erfolgt nach 5, 6, 10 und 15 Jahren. Die Höhe desselben beträgt durchschnittlich anfangs 40 und kann sich mit den Jahren bis 100% des letzt bezogenen Aktivlohnes steigern. In Deutschland kommt außerdem noch die Alters- und Invalidenversorgung in Betracht, aus welchem Titel Pflegepersonen ebenfalls Renten beziehen.

Witwen- und Waisenversorgung ist in etwa 30 Anstalten ermöglicht. Systemisiert ist in der Regel eine solche nur dort, wo den Pflegepersonen Beamtencharakter zuerkannt ist. Sonst wird diese sehr verschiedentlich gehandhabt.

So als Reisegeld, als einmalige Unterstützung, von Fall zu Fall in Form von Taggeldern u. dergl. Die Mehrzahl kennt noch gar keine diesbezügliche Einrichtung.

Die Erfahrungen lauten hierüber für das männliche Pflegepersonal konsolidierend, für das weibliche dagegen belanglos.

Sehr wichtig für die Erhaltung eines erfahrenen Pflegepersonales gilt allgemein die Seßhaftmachung des Pflegepersonales. Den diesbezüglichen Einrichtungen wird allseits auch eine entsprechende Begünstigung zu teil.

Zur Seßhaftmachung gehören hauptsächlich die Gewährung von Naturalwohnung und die Erlaubnis zum Heiraten. In 8 Anstalten haben nur das Oberpflegepersonal Naturalwohnung, in 22 Anstalten Oberpfleger und ältere Pflegepersonen, 42 Anstalten haben keine diesbezüglichen Einrichtungen und gewähren zum Teile Wohnungsgeldzuschüsse in der früher schon berichteten Form und Höhe. Bezüglich des Heiratens stellen sich die Verhältnisse folgendermaßen: Das Oberpflegepersonal ist fast in allen Anstalten verheiratet, bezüglich des übrigen Pflegepersonals gewähren:

46 Anstalten die Verheiratung von Fall zu Fall,
2 „ nur in 10% des männlichen Pflegepersonales,
1 Anstalt in 20%,
1 „ in 33%,
9 Anstalten die Hälfte,
1 Anstalt in 65%,
3 Anstalten drei Viertel,
15 „ halten keine verheirateten Pflegepersonen.

Verheiratete Pflegerinnen finden sich im allgemeinen selten und dann meist nur mit Pflegern derselben Anstalt. Die Bewilligung zur Eheschließung wird einerseits von der Dienstzeit (im Minimum 5 Jahre), andererseits von einem bereits erreichten Alter (von 25 Jahren) und einer entsprechenden Lohnhöhe abhängig gemacht. In den meisten Fällen wird die Erteilung des Bewilligungsrechtes den Anstaltsleitern überlassen.

In Niederösterreich wird schon seit Jahren der Seßhaftmachung des Pflegepersonales eine ganz besondere Aufmerksamkeit geschenkt und ist den Direktionen ein für allemale aufgetragen worden, passende Vorschläge in der Hinsicht zu erstatten.

Meines Erachtens ist für Oberpfleger und Stationspfleger die Naturalwohnung in der Anstalt respektive auf dem betreffenden Pavillon selbst in entsprechendem Ausmaße (Zimmer, Kabinet und Küche) zu gewähren. Für die übrigen Pflegepersonen kann entweder in Kolonien oder Pflegerdörfern Familienwohnen ermöglicht werden, oder es ist, wenn sonstige Quartiere zu erhalten sind, bis zu einem entsprechenden Prozentsatz des männlichen Pflegepersonales durch Wohnungsgeldzuschüsse ein entsprechender Ersatz zu schaffen.

Aus diesen Darlegungen ergibt sich somit, daß es kaum einen wichtigen Punkt der Pflegerfürsorge mehr gibt, der nicht bereits in der Praxis da und dort eingeführt und erprobt wäre. Zwar ist das Bild über Löhnungen und Naturalien ein noch ziemlich buntes und differierendes, aber alles, was man im Laufe der Zeiten erdacht und ersonnen hat zur Verbesserung des Pflegepersonales, ist da und dort schon in irgend einer Form vorhanden. Nur alle Einrichtungen zusammen finden sich in einer Anstalt oder in einem Lande noch selten. Die allmähliche Durchführung aller dieser Einrichtungen wird daher als zukünftige Aufgabe zu gelten haben. Am fortgeschrittensten liegen in der Regel die Verhältnisse in den neuesten Anstalten, weil zumeist mit der Eröffnung einer neuen Anstalt sich auch durchgreifende Pflegerreformen verbinden und man den notwendigen baulichen Anforderungen von Natur aus leichter gerecht werden konnte. Ein Zeichen, daß überall ein fortgeschrittenes Verständnis für die genannten Einrichtungen vorhanden ist und daß deren Durchführung allseits als notwendig erkannt wird zur Erhal-

tung und Erlangung eines tüchtigen Pflegerstandes. Die materielle Stellung allein aber ist zur Erreichung dieses Zieles nicht genügend, ein regelmäßiger Krankenpflegerunterricht mit theoretischer und praktischer Ausbildung ist unerläßlich.

Über die Art und die Ausdehnung eines solchen jedoch sind die Ansichten noch geteilt. Die große Majorität ist unter allen Umständen dafür. Es erteilen regelmäßigen Krankenunterricht bereits 47 Anstalten, gelegentlich der Visiten unterrichten 22 Anstalten, keinen Unterricht erteilen 9 Anstalten, 8 Anstalten haben offizielle Prüfungen. Wiederholungskurse sind in 16 Anstalten organisiert, in 20 nach Bedarf, 19 bis 0, 23 Anstalten beantworteten diese Frage nicht.

Die Erfahrungen über diese Ausbildung sind durchwegs befriedigend, es wird nur darüber geklagt, daß durch häufigen Wechsel der Unterricht vielfach illusorisch wird.

Meistens wird weniger auf den theoretischen als auf den praktischen Unterricht und die beständige ärztliche Unterweisung Wert gelegt.

Nach unserer Anschauung gehört der regelmäßige Krankenpflegeunterricht nicht bloß zur modernen Krankenpflege, sondern insbesondere auch zur modernen Irrenpflege. Das Motto, das Billroth seinem Leitfaden zur Krankenpflege vorangestellt hat und das da lautet: „Probieren geht über Studieren, doch hast du nicht zuvor studiert, so wirst du oftmals angeschmiert", das gilt namentlich für die Pflege von Geisteskranken. Doch auch dem Übermaße, wie es in letzter Zeit beantragt wurde und wo weitgehende anatomische, physiologische und psychiatrische Kenntnisse gefordert werden, ja selbst vom Untergymnasium wurde gesprochen, diesen übermäßigen Forderungen kann nicht das Wort geredet werden.

Wir wollen zwar ärztliche Hilfsorgane in den Pflegern haben, aber sie nicht zu Kurpfuschern erziehen. Auch ist die größere oder geringere Summe von Kenntnissen allein für den Wert eines Pflegers noch lange nicht ausschlaggebend. Charakter und sonstige persönliche Eigenschaften sind von nicht minderem Werte.

Die Art und Weise, wie in Niederösterreich der Pflegerunterricht gehandhabt wird, kann nur allseits empfohlen werden. Zur Unterweisung gehört aber auch noch die Prüfung, nur die Schlußprüfung ergibt eine verläßliche Nötigung zum Lernen.

Unterricht und Prüfung haben auch den großen Vorteil, daß man das Pflegepersonal selbst weit besser kennen lernt, als es durch den gewöhnlichen täglichen Verkehr möglich ist.

Für die Bewährung einer entsprechenden Ausbildung mit Prüfung spricht auch der Umstand, daß diese Einrichtung nirgends fallen gelassen wurde, wo sie bereits genauer zur Ausführung gekommen ist, im Gegenteile, wiederholt trifft sich die Bemerkung: „wird angestrebt" oder ist „in Durchführung begriffen".

Wenig bewährt haben sich die Hoffnungen, die man auf die Pflegepersonen aus den besseren Ständen geknüpft hat. Diese Elemente eignen sich vielleicht noch für Oberpflegepersonen und deren Aufgaben, nicht aber für den einfachen Pfleger und dessen Pflichten. Für die Letzteren sind die bisherigen Versuche beinahe insgesamt negativ ausgefallen. Die Erfahrungen werden sogar hier und da direkt schlecht genannt, andere heißen sie „nicht empfehlenswert" oder „nicht entsprechend", ein uneingeschränktes Lob wird ihnen nirgends zu teil, höchstens nur, wie gesagt, mit Vorbehalt, z. B. für das Oberpflegepersonal.

Günstiger stellen sich die Erfahrungen über Verwendung von weiblichen Pflegepersonen auf Männerstationen. Allerdings sind es nur neun Anstalten, die über diese Frage berichten können, aber von diesen wird die weibliche Pflege in Krankenzimmern und Tuberkuloseheimen, auf Abteilungen für Sieche und Bettlägerige und bei Kindern als gut und erfolgreich hingestellt. In Mauer-Öhling, wo im Lazarett auch für die Männerseite Pflegerinnen sind, kann ich dieselbe gute Erfahrung mitteilen. Bei unruhigen und gewalttätigen Kranken werden gleiche Erfolge bezweifelt, praktische Erfahrungen liegen allerdings noch keine vor. Mit Recht wird meines Erachtens hervorgehoben, daß die Organisation sich da komplizieren würde. Übrigens fragt es sich sehr, ob auch da die Theorie ganz recht behielte, wenn praktische Versuche gemacht würden.

Ich selbst weiß nur folgendes: In der alten Wiener Irrenanstalt waren seit Dezennien, vielleicht schon vom Anfange an, d. h. seit den fünfziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts, Ehepaare auch auf den Korridoren als Traktpfleger angestellt, die dort ihre Familienwohnung hatten und deren oft nicht geringe Kinderschar sich nicht selten zwanglos unter den Korridorpfleglingen herumtrieb. Ich habe niemals während meiner mehr als zwölfjährigen Tätigkeit daselbst gesehen, daß irgend eine bedenkliche Agression auf die Frauen oder Kinder gemacht worden ist. Dagegen habe ich wiederholt selbst wahrgenommen, wenn das gesamte männliche Pflegepersonal manch-

mal nichts mehr ausrichten konnte, daß die erregtesten Kranken über den Zuspruch der Traktpflegersgattin wieder ruhig und lenksam wurden.

Eine Erweiterung der weiblichen Pflege erscheint daher nicht unmöglich und dort, wo das männliche Pflegepersonal schwer zu erhalten ist, direkt naheliegend. Die Furcht vor Sexualdelikten, namentlich bei Kindern, scheint gleichfalls in der modernen Anstalt keine besondere Begründung zu erhalten.

Eine eigentliche spezifische Pflegerberufskrankheit scheint nicht zu existieren, wohl aber wird namentlich bezüglich der weiblichen Pflegepersonen von fast $^1/_3$ der Anstalten das verstärkte Auftreten von Nervosität, neurasthenischen Beschwerden, Abspannung, Blutarmut hervorgehoben. Einzelne Anstalten erwähnen häufige Tuberkulose und „öfteres Beobachten" von psychischen Störungen. Dienstliche Unfälle schwerer und schwerster Art werden von mehr als $^1/_3$ der Berichterstatter angegeben, von denen mehrere dauernde Dienstunfähigkeit und Tod nach sich zogen.

Wir alle wissen ja, daß der Irrendienst kein ungefährlicher ist und bedeutende persönliche Opferwilligkeit erheischt.

Zur Illustration dieser Tatsache mag auch eine kleine Statistik dienen, die in der Öhlinger Anstalt innerhalb eines Jahres bei einem Krankenstande von 1500 und rund 200 Pflegepersonen erhoben wurde und folgende körperliche Mißhandlungen des Pflegepersonales von Seite der Kranken konstatiert.

Tabelle VI.
Verletzungen bei Pflegern und Pflegerinnen von Seiten der Pfleglinge vom 1. Juli 1906 bis 30. Juni 1907.

Verletzungen	Männer	Frauen	Zusammen
Ohrfeigen	21	69	90
Biß	13	12	25
Kratzer	11	12	23
Stoß ins Gesicht . .	20	11	31
Stoß in den Bauch .	9	8	17
Verwundung	20	—	20
Reißen bei den Haaren	—	87	87
Fußtritt	5	14	19
Andere Verletzungen	11	57	68
Summa:	110	270	380

Die Aufzeichnungen sind sicher eher zu niedrig als zu hoch gegriffen und zeigen die merkwürdige Tatsache, daß in Irrenanstalten das schwache Geschlecht nicht das angenehmere zur Pflege ist und fast $2^1/_2$ mal mehr sich an den Insultierungen des Pflegepersonales beteiligte als das männliche.

Sind auch die Pflegepersonen nicht ganz unbeteiligt daran, und kommt auch hier und da einmal von jüngeren Pflegepersonen eine leichtere Mißhandlung von Kranken vor, so muß man gerechterweise die große Opferwilligkeit des heutigen Pflegepersonales gebührend hervorheben und die noch hier und da gehörte Anschauung zurückweisen, daß in Irrenanstalten die Kranken von den Pflegern malträtiert und geschlagen werden. Ruhig kann man einer solchen Äußerung entgegenhalten, daß dies heute gewiß nicht mehr öfters der Fall ist, sondern das Umgekehrte Tatsache ist.

Die Anregungen zur Pflegerfrage, soweit sie in den verschiedenen Antworten gegeben wurden, bewegen sich zumeist in den bekannten Bahnen, entsprechender Barlohn, Ermöglichung einer Dauerstellung, Gelegenheit zur Seßhaftmachung, Unterricht, wohlwollende Behandlung, aber auch Zucht und Ordnung sei notwendig und dergl.

Besonders erwähnenswert ist die Anregung von Ückermünde, wo es heißt: „Pfleger und Pflegerinnen sind nach verschiedenen Gesichtspunkten zu beurteilen, ersteren dient der Beruf als Lebensstellung, in der sie ihr Brot sichern, und endlich Pension finden können, letztere betrachten ihn als Durchgangsstellung zum Ersparen eines Heiratsgutes.

Pflegern daher hohe Entlohnung und Pension, Pflegerinnen rasch steigender Lohn in den ersten Jahren mit Prämien in Sicht. Spät erreichbare, wenn auch hohe Entlohnung hat nur für die wenigen Witwen mit Kindern Reiz, für die Mehrzahl ist sie gleichgültig."

Zu der Anregung von Ückermünde möchte ich bemerken, daß in der verschiedenen Behandlung des männlichen und weiblichen Pflegepersonals mir in der Tat ein wichtiger Schlüssel zum weiteren richtigen Ausbau der Pflegerfürsorge zu liegen scheint.

Der Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern ist nach den Untersuchungen, die ich angestellt habe, ein ganz auffälliger.

So wechselten in Sachsen im Jahre 1903 in sämtlichen Anstalten nur 5 Pfleger, aber 25 Pflegerinnen. Dieser größere Wechsel der Pflegerinnen tritt auch in den englischen Anstalten zu tage.

(Schluß folgt.)

Über Gefängnispsychosen.

Vortrag in der jurist.-psychiatr. Vereinigung in Zürich am 7. Juni 1907.

Von Dr. *Riklin*-Rheinau.

(Fortsetzung.)

Unser Fall ist ein neuer Beweis dafür, daß die Inkompatibilität eines stark unlustbetonten Vorstellungskomplexes mit dem gegenwärtigen Bewußtseinsinhalt zur Abspaltung desselben vom Bewußtsein führt. Im Moment, wo Explorand sieht, daß die Sache schief geht, gewinnt der Gedanke des Nichtwissens resp. Nichtwissenwollens vollständig die Oberhand. Er beherrscht, in einer von den gewöhnlichen bewußten Vorstellungskomplexen unabhängigen Weise, also selbständig, automatisch arbeitend, die Situation und beantwortet die an ihn gestellten Fragen. Er wird allerdings beeinflußt durch die andern Vorstellungskomplexe, so die durch die Untersuchungsfragen angeregten; deshalb kommt das systematische Danebenantworten mit einer bewußt wohl unnachahmlichen Virtuosität. Dieser Gedanke des Nichtwissenwollens wird suggeriert und fortwährend unterhalten durch den Untersuchungston der Fragen. Er wird selbständig und verbreitet sich auch über Gebiete, die über das Nichtwissenwollen des Delikts hinausgehen (Personalien, Frau). Das Nichtwissenwollen ist allerdings dort am intensivsten, wo es die Untersuchungshaft und das Delikt selbst betrifft (siehe das Nichtwissen von der Selnaustraße, wenn man fragt, ob er im Selnau gewesen sei). Diese Absperrung der Erinnerung an das Delikt besteht in einem gewissen Grade auch nach Ablauf des Dämmerzustandes.

Auf emotivem Wege und durch Suggestion anderer Situationen statt der Untersuchungssituation werden die Vorstellungsgebiete (Frau, Geschäft etc.), die unter der Herrschaft einer andern Situation nicht erinnert werden, zugänglich, um unter der Suggestion der Untersuchungssituation gleich wieder abgesperrt zu werden.

Das Gansersche Symptom ist also auf den Vorstellungskomplex des Nichtwissenwollens lokalisiert; es gelingt, andere Komplexe emporzuheben, mit pathologischer Plastizität (Situation von zu Hause). Das Bewußtsein wird durch die affektiv bewirkte Spaltung eingeengt, nichts wird zugelassen, was das Delikt selbst betrifft. Indessen zeigt der Jungsche Fall: Über einen Fall von hysterischem Stupor etc. und unser folgender, daß auch diese Vorstellungsgruppe, z. B. in Hypnose, zugänglich gemacht werden kann.

Dieser so formulierten Auffassung entsprechen die Darstellungen Jungs, wenn er sagt, beim Ganserschen Symptom betreffe die Störung nur das (momentane) Bewußtsein, und wenn er in seiner Arbeit über Simulation das Gansersche Symptom bei Untersuchungsgefangenen als Simulation im Unbewußten (unter der entfesselten Herrschaft der affekterfüllten Vorstellung des Nichtwissens) aufgefaßt haben will.

Allerdings ist in unserem Falle (wie z. B. auch im Jungschen Untersuchungsfall), das Nichtwissen viel ausgedehnter, als es zur Simulation nötig wäre, geht sogar auf Dinge über, die der Explorand schon oft erzählt hat (darin besteht das automatisch wuchernde Weiterwirken der Vorstellung im Nichtwissen).

Andererseits kann das Nichtwissen durch Einschleichen auf emotivem Wege, durch suggestives Einschmuggeln eines Vorstellungskomplexes (Frau, Familie, Daheim) ausgeschaltet oder eingeschränkt werden.

Damit ist auch die Simulationsfrage erledigt. Eigentlich „simuliert" Explorand sich selber gegenüber, d. h. das Nichtgewünschte — resp. das von starkem Unlustaffekt Begleitete — wird abgespalten (= verdrängt).

Diese letztere Auffassung kommt namentlich in den Fällen zur Geltung, wo es sich um nicht kriminelle Fälle handelt und somit bewußte Simulation beim Auftreten des Ganserschen Symptoms und Komplexes gar nicht in Frage kommt.

Wir haben dann noch, abgesehen von den durch das Wunschmotiv des Nichtwissens realisierten Wunschbildungen, Andeutungen von Verfolgungsideen; statt sich selber, gibt Patient den „schlechten Kerls in Zürich III" schuld, die ihn zu Grunde richten wollen.

Der Gansersche Dämmerzustand setzt also eine hysterische Veranlagung voraus und muß zu den Krankheitszuständen der Hysterie gezählt werden. Dieser Zustand ist nun, wie bemerkt, kein Privileg der Untersuchungshaft. Auch andere Erlebnisse, die bei dem Betroffenen einen schweren Affekt hervorrufen, können bei hysterischer Anlage und aus ähnlichen psychologischen Gründen das gleiche Krank-

heitsbild hervorzaubern, wieder ein Beweis, daß hier nicht eine beabsichtigte Simulation vorliegt.

Ich möchte dem ersten Fall noch kurz einen zweiten aus neuerer Zeit beifügen; es handelt sich ebenfalls um einen Ganser-Raeckeschen Dämmerzustand bei einem Untersuchungsgefangenen.

Johann W., Müller, geb. 1876.

Explorand hatte wegen Diebstahls und Betrugs verschiedene Vorstrafen hinter sich. 1904 erlitt er einen Unfall, der sehr verderblich für ihn war. Er erlitt eine Quetschung der Rippen, worauf er zuerst aggravierte und nachher nachweislich noch monatelang simulierte, daß er noch Beschwerden habe und nicht arbeiten könne. Er bezog dann sein Krankengeld, arbeitete nicht und trank viel. Seine Frau hatte er in jener Zeit sehr schlecht behandelt, so daß sie ihm weglief und anderwärts Stellen annahm. Er wurde wegen dieser betrügerischen Simulation bestraft, worauf sich die Frau scheiden lassen wollte. Er hoffte immer noch, sie werde es nicht tun. Es kam später zur Scheidung, die aber z. Z. seiner Verhaftung wegen Einbruchdiebstahles, begangen in der Nacht vom 18. zum 19. Aug. 1906, noch nicht ausgesprochen war. Explorand lumpte in Zürich herum, suchte sich immer seiner Frau, die dort in einem Sanatorium als Köchin angestellt war, zu nähern, welche nach schlechten Erfahrungen keinen weiteren Versuch mehr machen wollte, und kam in Geldverlegenheit. Überall hatte er Zech- und Kostschulden. So brach er dann in jener Nacht bei einem Bekannten durchs Fenster ein, um ihm aus dem Zimmer Kleider, Uhr und Kette zu stehlen.

Noch am 19. August 1906 wurde er verhaftet. Seine Täterschaft war klar, und nachdem er am 25. August im Verhör vergeblich eine erfundene Geschichte darüber hatte präsentieren wollen, demolierte er in der folgenden Nacht seine Zelle. Wahrscheinlich war es ein Ausbruchsversuch. Am Tage schien er dann geistesgestört, wollte nichts vom nächtlichen Versuch wissen; er sagte hingegen, er habe in der Nacht einen erschossen, der seine Frau verführt habe.

Solche Selbstanschuldigungen, welche nicht wahr sind, anderseits ein größeres Verbrechen darstellen als das begangene, sind charakteristisch. Es ist eine Art Wunschbildung mit Verlegung. Das Unbewußte weiß genau, daß das nicht wahr ist! Diese Anklagen finden sich sehr häufig bei Ganserschen Fällen. Auch der angeführte pathologische Simulationsfall von Jung behauptet, er habe seine Frau getötet, während er gestohlen hatte! Übrigens ist diese Psychologie der Schuldverlegung auch sonst häufig. Ein Patient mit Dementia praecox fühlte Gewissensbisse, weil er mit Kaninchen mehr oder weniger unsittliche Sachen gemacht habe; er glaubte auch, seine frommen Freundinnen erfahren es. Er bestieg einen Zug, der schon im Fahren war und war nun erregt über diesen Fehler, diesen Bock. Er glaubte sich aufs Signalement genommen, und in nächtlichen Träumen sah er solche Signalemente mit Abbildungen, welche ihn in allen möglichen obszönen Situationen darstellten. Während man diesen Zusammenhang nur zufällig entdeckt, ergeht er sich dagegen in seitenlangen Darstellungen aller strafbaren Fehler, welche er im Verkehr mit der Bahn begangen habe, wievielmal nicht ganz richtig ausgestiegen, wievielmal bei schon halbgeschlossener Barriere das Geleise überschritten, wieviel Buße das alles nach seiner Schätzung ausmache usf.

Bei der Aufnahme war unser Explorand schlecht orientiert und antwortete daneben. Es war heißer Sommer, er gab aber als gegenwärtigen Monat den November an, also Winter. Er vermutet, er sei im Burghölzli (statt Rheinau, trotz größerer Reise). Er will nicht wissen, wer ihn begleitet habe (Polizist!). Er schrieb zitternd, in ganz anderer Schrift als üblich. Seinen Namen (bei den Verhören stets richtig angegeben) schrieb er unrichtig und mit veränderter Schrift.

Jhrn Wugre, Zrüch, Jha, Jhern,

statt

Johann Wenger, Zürich, Johann, Johann.

Er war konsequent schwerbesinnlich, weinte viel wegen seines angeblichen Todschlags, klagte über Kopfweh. Von der letzten Zeit will er nichts genau wissen, als daß er durch Schuld der Frau viel getrunken habe, weil sie ihn immer verschmäht habe. Vom Diebstahl, Verhör und Untersuchungshaft scheint er nichts zu wissen. Er gibt viele verkehrte Antworten, antwortet daneben:

Brillenfutteral: Portemonnaie.

Dasselbe geöffnet (mit Brille): Ein Glas. Das Futteral sei ein Brillenglas, ein Brillenportemonnaie.

Ein schmales Bilderbuch mit rotem Deckel: Da sind Patronen drin zum Schießen.

Füllfederhalter, offen: Ein Holz . . . . . . zum Schreiben.

Buchstaben: Staben!

Buchstabe G: Wenger.

„ H: — (keine Antwort).

„ I: H.

„ K: R.

Wie alt? Beim Militär bin ich gewesen, es ist alles schon lange her.

Wie alt jetzt? 32 oder 31 (30!).

Wie spät die Uhr? (6 Uhr 40 Minuten): 8 Uhr, nein 4 Uhr (Umstellung der Zeiger!).

Bild mit Mehlfuhrwerk (plötzlich in freudigem Affekt, bisher apathisch, wie benommen): Ein Mehlsack, vom Müller F. in Sch.!

Wer ist der reichste Müller? Mein F.! Bei dem wär ich heut noch!

Bei F. hatte er eine sehr gute Stelle. Darum hier die Freude und eine richtige Angabe.

Dieser Zustand verging nach einigen Tagen, eine Erinnerungslücke bis über das Delikt zurück hinterlassend. In Hypnose konnte diese Amnesie gehoben werden.

Der Vergleich mit Simulation ist hier vielleicht noch naheliegender als im vorhergehenden Fall; die verkehrten Antworten sind typisch.

Es handelt sich auch hier um einen Ganserschen Dämmerzustand. Das Symptom des Nichtwissens oder Nichtwissenwollens kann ich auch an einem Fall von Dementia praecox illustrieren. Nur geht das Ganze nicht so weit wie bei einem Ganserschen Dämmerzustand. Es kam hier auch nicht zu einer vollständigen Desorientiertheit und Amnesie. Hingegen werden wir sehen, daß im folgenden Fall die Patientin die Schuld auf andere Weise von sich abwälzt. Eine gewisse psychologische Verwandtschaft mit den geschilderten Ganserfällen kann nicht bestritten werden, wenn auch das ganze Bild im übrigen anders aussieht und die Patientin schon vor der Untersuchungshaft erkrankt war.

Rosa Sch., Ladentochter, geb. 1889, ist erblich belastet und genoß eine mangelhafte Erziehung. Sie ist nicht besonders intelligent. Sie wechselte öfters ihre Lehrstellen und Zukunftspläne. Sie war eitel und sexuell frühreif. Mit 15 Jahren wurde sie menstruiert. In dieser Zeit fing sie hauptsächlich an, Diebstähle zu begehen, ließ bei Kommissionen in den Geschäften Putzsachen, Spitzen u. dgl. mitlaufen oder machte falsche Bestellungen für ihre Lehrmeisterin, um sich das Bestellte anzueignen. Im Mai 1904 wurde sie deswegen zu 20 Fr. Buße verurteilt und im September des gleichen Jahres zu 14 Tagen Gefängnis. Im November 1904 trat sie als Ladentochter in ein Warenhaus ein, wo sie ebenfalls verschiedenes stahl und zu Hause aufstapelte: Seidenstoffe, Spitzen, Bänder, Feldstecher, Schmucksachen u. dgl., zusammen für ca. 650 Fr. Am 12. April 1905 wurde sie verhaftet und am 9. Mai 1905 zur Begutachtung nach Rheinau versetzt, indem in der Haft Zweifel an ihrer geistigen Gesundheit aufgetaucht waren.

Hier fiel ihr unzuverlässiges Gedächtnis, ihre Geziertheit, ihre ziemlich stark zur Schau getragene Sexualität — sie hatte immer die Neigung, etwas zu exhibitionieren — und ein törichtes, flatterhaftes, wechselndes, läppisches Benehmen auf. Sie war orientiert, in der ersten Zeit ziemlich erregt und wollte von ihrem Aufenthalt im Untersuchungsgefängnis nichts wissen. Es zeigte sich überhaupt die Tendenz, alles Unangenehme aus der letzten Zeit nicht zu wissen.

Man fragte sie, wo sie zuletzt gewesen sei: „Ich war in einem Haus — ein schwarzes Haus. — Den Namen hat mir doch niemand gesagt — von dem wißt ihr doch nichts — ihr wißt nicht, daß ich dort gewesen bin, wo es Gitter gehabt hat — da müßt ihr die Mama fragen, ich weiß nur, wie die Frau heißt, Frau Ruegger" (Frau des Gefangenwarts im Selnau).

Wie heißt das Haus, wo Herr Ruegger wohnt?

„Ich habe es gewußt, aber jetzt nicht, ich muß nachdenken."

Mit welchem Buchstaben fängt es an?

„Der Pfarrer ist auch zu mir gekommen."

In welchem Stadtkreis ist das Haus?

„Jetzt weiß ich es — ich sehe einen Sommervogel."

Wie heißt das Haus?

„Die Straße heißt Selnaustraße."

Und das Haus?

„Heißt auch Straße — nein, Selnau! Wissen Sie es denn? Sie können es doch nicht wissen?"

Im Grunde genommen haben wir hier auch Gansersches Danebenantworten und psychologisch aus den gleichen Motiven, nur haben wir keinen Dämmerzustand vor uns.

Dann gibt sie folgendes an, die Verantwortung von sich abwälzend (wobei wir an die Richtigkeit der Angaben glauben können, da Patientin auch bei uns konsequent entsprechende Sinnestäuschungen, Wahnideen und Träume hatte, ob sie beobachtet war oder nicht):

Seit $^5/_4$ Jahren habe sie die Menses. Als sie zum erstenmal auftraten, sei nachts der Teufel gekommen und habe gesagt, er wolle ihr Freund sein; was er sage, müsse sie tun. Er gab ihr den Auftrag, zu stehlen, sonst töte er sie. Wenn sie die Sachen versteckt hatte, zog er sie mit der Gabel hervor und sagte, es sei viel zu wenig. Sie sollte des Teufels Ladenmädchen werden und später sein Associé. In der Anstalt hatte sie besonders viele Sinnestäuschungen, auch in der Haft, ebenso schwere Träume. Der Teufel verkörpert darin das böse Prinzip, gleichzeitig aber auch das Männlich-Sexuelle. Er ist in mehrfacher Beziehung eine Entlastungs- und Wunschfigur. Später sahen wir, daß sich die Erregungen, ihre sexuelle Erregtheit und ihre Sinnestäuschungen jeweilen auf die Zeit der Menstruation konzentrierten. Sie verkannte dann auch etwa den Arzt als den Teufel und floh vor ihm. Sie sieht dann nachts den Teufel, schwarz, mit Pferdeschweif und einer roten, runden, häßlichen, lang herausgestreckten Zunge; diese ist 15 bis 30 cm lang. Sie hieß zeitweise Erna, die Unschuld. Er gab ihr auch während der Menses in der Anstalt den Auftrag, zu stehlen, was sie erregte. Im Gefängnis kamen auch etwa Mäuse, die größer wurden wie Ratten und sie verfolgten. Öfter erschien ein Engel, nur bis zum Gürtel sichtbar, mit nur einem Flügel. Er weinte stumm. Nach einem Diebstahlsauftrag in der Anstalt kam nachts der Engel weinend und sagte, der Teufel werde ihr neun Aufgaben stellen, nach deren Lösung der Kontrakt mit ihm aufgelöst sei. Der Teufel schlug sie aber nächste Nacht zu Boden, worauf sie oft über Kreuzschmerzen klagte. Diese ganze, traumhafte, der Dementia praecox entsprechende Sexual-Symbolik und Entschuldigungswahnbildung scheint mir recht durchsichtig zu sein.

Bemerkenswert ist noch, daß die Schrift der Patientin zittrig wurde, wenn sie den Teufel erwähnte in ihrer Lebensbeschreibung. Sie bezog auch eine Menge Eindrücke auf ihren Complex in ganz grotesker Weise. Der Titel des Bilderbuches „Nimm mich mit" deutete an, daß sie auch dieses stehlen müsse u. dgl.

Ich möchte zum Verständnis noch ein Beispiel von „Wahn aus Nichtwissenwollen" bei Dementia praecox anführen, der nicht mit der Haft zusammenhängt.

Wir haben eine Frau Sch. von W., die behauptet, sie sei das nicht. Die Frau Sch. von W. sei nicht in einer Anstalt. Eine Person, wie sie, könne unmöglich Frau Sch. von W. sein. Jene sei in W., bearbeite jetzt die Reben und das Land, sei mit einem vermögenden Bauer verheiratet usw.

Auch eine Form der Verdrängung des Unangenehmen!

Es ist von theoretischem Wert, zu sehen, daß die Untersuchungshaft einen psychologisch ähnlichen Symptomenkomplex bei verschiedenen Psychosen auslösen kann, ähnlich wie die Strafhaft, und daß dieser Symptomenkomplex der Untersuchungshaft sich wegen der anderen psychologischen Bedingungen von dem Symptomenkomplex der Strafhaft unterscheidet.

Unsere Stellung zu diesen Zuständen ist praktisch folgende:

Jung erklärte einen Fall mit pathologischer Simulation nach Ablauf des Zustandes zurechnungsfähig für das Delikt, vermindert zurechnungsfähig für die Simulation.

Die Pat. mit Ganserschen Dämmerzuständen sind nach Abheilung desselben als zurechnungsfähig für das Delikt zu betrachten, wenn vor- und nachher ihre Hysterie keine psychotischen Symptome zeigt. Nach dem fait accompli der Verurteilung vertragen sie nach unserer Erfahrung die Strafhaft. Immerhin muß sich der Begutachter in dieser prognostischen Hinsicht vorsichtig ausdrücken.

Rosa Sch. hingegen mußte, da der Zustand auf Grundlage der Dementia praecox nicht in Heilung, sondern Verblödung mit menstruellen Erregungen ausartete, als unzurechnungsfähig erklärt werden. Ihr Zustand besserte sich später allmählich soweit, daß sie unter besonderen Verpflichtungen der Umgebung zur Aufsicht aus der Anstalt entlassen werden konnte.

Diese Gruppe von Fällen, handle es sich nun klinisch um hysterische Dämmerzustände oder ähnliche Zustände bei andern Psychosen, möchte ich nun vom allgemeinen Bild des Haftkomplexes, den ich zu schildern und an einigen Beispielen zu demonstrieren suchte, abtrennen. Sie sind psychologisch etwas anderes.

Es handelt sich um einen Untersuchungskomplex im Gegensatz zum typischen Haftkomplex. Die auslösende Ursache ist manifest. Sie ist weniger in der Haft selber zu suchen, sondern in der Affektwirkung der Verhaftung und Entdeckung. Es ist eine Art Vogelstraußpolitik, die da getrieben wird. Dementsprechend kommen ganz gleiche Zustände auch außerhalb der Haft unter schwerer Affektwirkung zu stande.

Psychologisch als Gegenstück, als Typus des Strafhaftkomplexes, möchte ich nochmals auf die in der zweiten Arbeit Rüdins dargestellten Fälle verweisen.

Diese Gruppe unterscheidet sich wegen ihrer klaren Abgrenzung und Reinheit gerade am besten von derjenigen, wo wir einen Untersuchungskomplex abzugrenzen suchten. Es ist nicht die Psychologie des Individuums, das das Geschehene ungeschehen haben möchte, das im Moment der Überführung durch plötzliche schwere Affektwirkung in Verwirrung gerät und uns den Ganserschen oder bei Nichthysterischen einen analogen Symptomenkomplex zeigt. Es ist die langdauernde Einsamkeit, die Monotonie, das Drückende, der Mangel an Freiheit usw., es sind diese Faktoren, welche bei sonst erhaltener Besonnenheit Sinnestäuschungen und einen wenig weit sich entwickelnden, aber schweren Verfolgungswahn hervorbringen, der nach einer Abblassung nicht mehr korrigiert wird.

Abgesehen von der klinischen Seite der Gefängnispsychosen eine psychologische Gruppierung versuchend, haben wir jetzt einen Symptomenkomplex der Untersuchungshaft abgetrennt von einem Komplex der Strafhaft, dessen reinster Typus uns in dem „akuten halluzinatorischen Verfolgungswahn" Rüdins entgegentritt, anderseits im Verein mit andern Symptomen bei andern Haftpsychosen verschiedener klinischer Richtung.

Psychologisch — nicht klinisch — möchte ich noch eine dritte Gruppe unterscheiden. Es sind Fälle, die nach Erstehung der Haft erkranken. Bei diesen Fällen spielt der Wiedereintritt in die menschliche Gesellschaft eine Rolle, die Erkenntnis der Ohnmacht und der sich auftürmenden Schwierigkeiten im Kampf ums Dasein, die traurige Erinnerung an das der Strafe Vorhergehende, das jetzt ja von neuem kräftiger in die Erinnerung tritt.

Fälle, bei denen es dabei zum Ausbruch oder zur Exazerbation psychotischer Symptome kommt, sind mir momentan zwei bekannt.

Wenn wir aber die Dokumente entlassener Sträflinge lesen (z. B. Auer), so sehen wir, daß diese psychischen Momente auch bei nicht Geisteskranken eine große Rolle spielen. Die Klagen der Strafvollzugsreformer gehen darum gerade in dieser Richtung. Sie behaupten, daß der Strafvollzug in der jetzigen Form viele Individuen für den Kampf ums Dasein schwäche, statt zu stärken. (Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— In Nr. 42 und 43 Jahrg. VIII der Ps.-N. Wochenschrift veröffentlichten wir eine Reihe von Preßstimmen über den **Fall Teßnow**. In einigen wurde die Weisheit des Geschworenengerichts gepriesen, und sein Triumph über die psychiatrische Wissenschaft gefeiert. Dem Prozeß Fernstehende kannten den Fall nur aus den Berichten der Presse über die Verhandlungen vor Gericht. Nun hat der erste psychiatrische Sachverständige in diesem Prozeß, Geheimer Sanitätsrat Dr. Knecht-Ückermünde, der den Teßnow sechs Wochen in der Anstalt beobachtete, in dankenswerter Weise Authentisches über dessen Geisteszustand in der „Osnabrücker Zeitung" vom 4. November 1907 veröffentlicht. Wir drucken die zugleich epikritische Darstellung hier ab. Eines Kommentars bedarf dieser interessante Fall eines Justizirrtums für Fachleute nicht mehr.

„Was bei Teßnow den Verdacht einer epileptischen Anlage erweckte, war zunächst sein körperliches und geistiges Verhalten während der Beobachtungszeit in der Heilanstalt Ückermünde. Es war die anfallsweise auftretende, außerordentliche Pulsbeschleunigung, selbst im Liegen, das zeitweilige Auftreten lebhafter Muskelzuckungen im Gesicht, die sich mitunter bis auf die Schultermuskeln erstreckten. Es war endlich der eigentümliche Wechsel von ganz niedergeschlagener, unzugänglicher, abweisender Gemütsstimmung mit freundlichem, fast kindlichem Wesen, das bei ihm ohne Veränderung der äußeren Verhältnisse eintrat. Dieser Verdacht wurde bestärkt durch die Feststellung der Akten, daß Teßnow seit seiner Lehrzeit ein unstetes Leben geführt, nur an einer Stelle über ein Jahr ausgehalten, fast ganz Nord- und Mitteldeutschland durchzogen und in der Regel seine Stellung deshalb aufgegeben hatte, weil er sich von seinem Meister oder den Mitgesellen gekränkt gefühlt hatte. Der Verdacht wurde weiter unterstützt durch die Wiederholung gleichartiger Übeltaten, von denen ermittelt war, daß sie sich in jedem einzelnen Falle an schwere Ausschreitungen im Trinken angeschlossen hatten, und daß zwischen diesen Ausschreitungen im Trinken lange Zwischenräume lagen, in denen Teßnow von seinen Arbeitgebern als ein nüchterner, fleißiger, geschickter Arbeiter und verträglicher Hausgenosse bezeichnet wurde, der nur durch sein häufig stilles und in sich gekehrtes Wesen aufgefallen war.

Es ergab sich ferner, daß der Ort und die Zeit der Ausführung bei den einzelnen Übeltaten das Vorhandensein geistiger Klarheit bei dem Täter unwahrscheinlich machte. Alle seine gegen Menschen verübten Verbrechen hatten sich dicht neben oder auf öffentlichen Wegen und zu einer Zeit abgespielt, in denen ein geistig klarer Täter jeden Augenblick fürchten mußte, überrascht zu werden, was ja auch in dem Falle von Lechtingen und bei dem Überfalle bei Stavenhagen tatsächlich geschehen war.

Auch eine Prüfung seines Verhaltens vor und nach den einzelnen Untaten, soweit es in der Voruntersuchung ermittelt war, erinnerte an das Verhalten geistig Gestörter, insbesondere in einem epileptischen Dämmerzustande befindlicher Kranken. Er hatte sich vor dem Morden in Lechtingen in eigentümlich gebückter Haltung im Straßengraben bewegt und den ihm gebotenen Gruß eines vorübergehenden Arbeiters nicht beachtet. Er war dann auf Zickzackwegen umher gelaufen und schließlich in gebückter Haltung in den Wald eingetreten, in dem später die Leichen der Kinder gefunden wurden. Vor dem Göhrener Morde war er von einem Hirten in gebückter Haltung im Walde sich umherbewegend gesehen worden, was diesen zu der Meinung bestimmt hatte, Teßnow suchte Beeren, während nachher von keinem Zeugen erwähnt wird, daß er blaugefärbte Lippen oder Zähne gehabt hätte. In dem Stavenhagener Falle war sein verstörtes und unheimliches Aussehen schon am Abend vor dem Überfall auf das Mädchen ihm begegnenden Frauen aufgefallen.

Nach der Tat war in Lechtingen seine gebrochene Haltung, sein Vorsichhinlächeln und Mit-dem-Kopfschütteln der Frau Brüning aufgefallen. In Stavenhagen erinnerte sich ein Kutscher, ihn kurz nach Mittag in gebrochener Haltung und so in sich versunken auf der Straße getroffen zu haben, daß er ihn beinahe überfahren hätte. In Göhren fiel er nach der Tat den ihm begegnenden Handwerkern und Frauen durch seine stockende Sprache sowie dadurch auf, daß er den Namen „Göhren" nicht finden konnte; dasselbe beobachtete geraume Zeit später auch ein Fleischer, der ihn im Dorfe Baabe — Teßnows Aufenthaltsort — traf, wo er Trinkwasser an einer ganz falschen Stelle suchte. Endlich kam dazu das wilde Zerfleischen der Leichen, das Umherschleppen der Leichenteile in kilometerweitem Umkreise, und zwar im Lechtinger Falle ohne Rücksicht auf die in der Nähe beim Heumachen beschäftigten Leute.

Dies alles machte die Annahme in hohem Grade wahrscheinlich, daß der Täter bei der Ausübung seiner Übeltaten sich in einem Zustande getrübten Bewußtseins befunden hatte, das bei einem epileptisch veranlagten Menschen als ein epileptischer Dämmerzustand angesehen werden mußte.*)

*) Bei der Leichenöffnung des einen der in Lechtingen ermordeten Mädchen sind im Mageninhalt Bestandteile gefunden worden, die den Beteiligten als Teile von Apfelsinen erschienen. Sie sind leider nicht aufbewahrt worden, so daß eine Nachprüfung unmöglich war. Die Anklage nahm an, daß sie vom Täter den Kindern zur Anlockung gegeben seien und sah darin den Beweis seiner geistigen Klarheit. Nach dem Ergebnis der Verhandlung kann diese Annahme als widerlegt gelten. Obwohl es damals nur in wenigen Geschäften Osnabrücks Apfelsinen gab, ist kein Verkauf an Teßnow ermittelt worden. Vor allem hatte aber Teßnow nach den zeitlichen Feststellungen keine Zeit die Kinder anzulocken. Sie hatten sich verspätet und waren 10—15 Minuten hinter ihren Genossinnen zurück, mußten somit eilen, die Schule zu erreichen. An der 20 Minuten entfernten Mordstelle konnten sie daher nicht vor 10 Uhr 10 Minuten eintreffen. Kurz darauf kamen die 10 Uhr aus der Schule weggegangenen Knaben und erblickten den dicht neben dem Wege knienden Täter, der offenbar mit der Zerlegung seiner toten Opfer beschäftigt war. Vermutlich ist Teßnow

In der ersten Hauptverhandlung wurde festgestellt, daß Teßnow in der Jugend an Schwindelanfällen und Schlafwachen gelitten hatte, daß seine Mutter von ihren jungen Jahren an Erscheinungen dargeboten hatte, die als epileptisch anzusehen waren, daß ferner sowohl der standesamtliche wie der von der Mutter angegebene und in der Verhandlung anwesende, natürliche Vater des Teßnow Gewohnheitstrinker waren, und endlich, daß Teßnows einziger Bruder Gewohnheitstrinker und Raufbold gewesen war und durch Selbstmord geendet hatte.

Auf Grund dieser Ermittelungen kamen sämtliche psychiatrische Sachverständige in der ersten Hauptverhandlung zu dem Gutachten, daß das Bestehen eines epileptischen Dämmerzustandes bei Teßnow zur Zeit seiner Straftaten mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen sei, obwohl epileptische Krampfanfälle bis dahin nicht bei ihm beobachtet waren und das Vorkommen solcher von Teßnow auf das entschiedenste bestritten wurde. Nur einer der Sachverständigen, der nicht Psychiater oder Nervenarzt von Fach war, schloß sich diesem Gutachten nicht an.

Die weitere Beobachtung Teßnows hat dann seine epileptische Veranlagung unzweifelhaft gemacht. Er hat bis in die neueste Zeit wiederholt Krampfanfälle gehabt und mehrfach Dämmerzustände mit ruhigem, wie solche mit gewalttätigem Verhalten bekommen, in denen er z. B. seine Fesseln aus der Wand gerissen und das ganze Mobiliar seiner Zelle zerstört hatte. Auch ist inzwischen ermittelt worden, daß schon vor seiner Verhaftung ausgesprochen epileptische Anfälle bei ihm vorgekommen waren. Nach diesen Erfahrungen muß mit einer an Gewißheit grenzenden Wahrscheinlichkeit angenommen werden, daß Teßnow zur Zeit der seiner Verurteilung zu Grunde liegenden Straftaten wirklich in einem epileptischen Dämmerzustande sich befunden hat, d. h. in einem Zustande getrübten Bewußtseins, der seine freie Willensbestimmung ausschloß. In diesem Sinne hatten sich bei der letzten Hauptverhandlung sämtliche psychiatrische Sachverständige ausgesprochen; auch der in der ersten Hauptverhandlung zu einer abweichenden Ansicht gekommene Sachverständige, der inzwischen Teßnow im Gefängnis behandelt hatte, hat sich mit voller Überzeugung dieser Auffassung angeschlossen, die auch das Gutachten der Königlichen wissenschaftlichen Deputation auf Grund eigener Beobachtung Teßnows im wesentlichen teilt.

Nach dem, was ich oben ausgeführt habe, muß es sogar als wahrscheinlich angesehen werden, daß die Behauptung Teßnows, er wisse nichts von den ihm zur Last gelegten Übeltaten, der Wahrheit entspricht, und daß ihm tatsächlich die Erinnerung daran fehlt. Welche Vorstellungen sein Handeln bei diesen Taten geleitet haben, ist unter solchen Umständen nicht festzustellen. Es ist selbst nicht unmöglich, daß die Vorstellungen im Laufe der Ausführung gewechselt haben. Nur soviel läßt sich auf Grund der aktenmäßigen Ermittelungen sagen, daß durch Tatsachen begründete Anhaltspunkte zu der Annahme von „Lustmorden" nicht festgestellt sind.

Der Fall Teßnow liegt somit vom ärztlichen Standpunkte aus betrachtet so klar wie Vorgänge, die von niemand unmittelbar beobachtet sind, an sich liegen können; wenn etwas dabei überraschend oder ungewöhnlich war, so konnte das nur die Stellungnahme des Staatsanwalts und der Wahrspruch der Geschworenen nach den übereinstimmenden Ausführungen sämtlicher Sachverständigen sein."

wie bei dem Ueberfalle des Mädchens bei Stavenhagen aus dem Gebüsch herausgetreten, hat die Kinder gefaßt, sie durch einen Schlag auf den Kopf — wie in Göhren — betäubt und dann neben dem Wege durch Halsschnitt regelrecht abgeschlachtet.

— **Düsseldorf.** Die Stadt hat die hier am Rheine belegene Departements-Irrenanstalt für rund eine Million Mark angekauft. Die Anstalt, die im Jahre 1825 als erste Irrenanstalt für den heutigen Regierungsbezirk Düsseldorf errichtet wurde, soll noch bis 1912 fortbestehen und dann eingehen.

— **Stephansfeld.** Der Bezirkstag des Unterelsaß hat in seiner diesjährigen Tagung eine erhebliche Erhöhung der Verpflegungssätze der Anstalt genehmigt. Außerdem bewilligte er folgende bauliche Vorlagen:

Erstellung eines Doppelwohnhauses für Ärzte, Einführung der Schwemmkanalisation mit biologischer Klärung der Abwässer (I. Rate), Errichtung eines Dauerbades in der Abteilung für unruhige Frauen und einer modernen Desinfektionsanlage.

Personalnachrichten.

— **Irren-Anstalt Friedrichsberg.** Dr. med Adolph Hugo Hasche-Klünder ist am gestrigen Tage als Abteilungsarzt in den Dienst der diesseitigen Anstalt getreten.

— **Breslau.** Strafanstaltsarzt Dr. Rixen ist von Münster nach Breslau versetzt und zum 1. Arzt des Kgl. Strafgefängnisses und leitenden Arzte der mit demselben verbundenen Irrenabteilung ernannt worden.

— **Posen.** Der bisherige Assistenzarzt an der Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka, Dr. Thoemmes ist am 15. November 1907 ausgeschieden und am 18. November 1907 in den Dienst der Staatsirrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg eingetreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler. Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S

Neunter Jahrgang. Nr. 37. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**
Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien)
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 828.

Nr. 37. 7. Dezember. 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Folgen der „Offenheit und unbedingten Wahrheitsliebe" gegenüber Geisteskrankheit?

Auf Seite 426 des Kraepelinschen Lehrbuches der allgemeinen Psychiatrie findet sich der Satz: „der oberste Grundsatz in der psychischen Behandlung der Geisteskranken ist Offenheit und unbedingte Wahrheitsliebe."

Dieser Satz scheint mir in seiner Allgemeinheit anfechtbar. Denn 1. offene Aufklärungen sind nur für die Geisteskranken mit geöffneten Seelenpforten überhaupt anwendbar, 2. denen, die sie nicht verstehen, nutzen sie nichts, 3. denen, die sie verstehen, können sie schaden.

Statt aller allgemeinen Deduktionen will ich mich auf einen Fall berufen, der sich vor längerer Zeit abgespielt hat, und in dem der Selbstmord eines jungen hochbegabten Menschen mir nicht ganz ohne Zusammenhang mit einer solchen offenen Aufklärung gestanden zu haben scheint. Es handelt sich um den 22jährigen Rechtspraktikanten G. H. aus Berlin, der im November vor. Js. in starker Niedergeschlagenheit einen unserer ersten psychiatrischen Universitätslehrer in der Sprechstunde mit Klagen über tiefe Depression und Darmstörungen aufsuchte und um seinen Rat bat. Dieser sagte ihm, daß er „ein konstitutionelles Leiden habe", das „voraussichtlich immer wiederkehren und ihn immer wieder einmal arbeitsunfähig machen werde", und das ihm „unter Umständen den Schutz des § 51 zusichere". Es seien „Dämmerzustände"; er leide an „Versündigungswahn".

Es ist sichergestellt, daß die Wirkung dieser Mitteilungen auf den deprimierten jungen Mann eine vernichtende war. Er schleppte sich noch einige Wochen mühsam mit zerrissenen Empfindungen hin und erschoß sich dann in der Nacht des 11. Dezember in seiner Wohnung.

Diesen jungen Menschen nun habe ich selbst als Arzt genau gekannt und einen solchen Zustand von Darmstörungen mit starker Verstimmung, wie er sie bei seiner anstrengenden geistigen Arbeit öfter hatte, — die Darmstörungen gingen den Verstimmungen voraus — unter Ruhe und abführender Behandlung sehr rasch schwinden sehen. Von besonderer Wirkung war die damalige gleichzeitige seelische Behandlung, die in der immer wiederholten absolut beruhigenden Versicherung bestand, daß dies nervöse Zustände seien, wie sie im Anschluß an Darmstörungen bei sensiblen Menschen — besonders bei anspannender geistiger Tätigkeit — vielfach vorkämen, und daß diese Zustände mit Sicherheit immer wieder folgenlos vorübergingen.

Es handelte sich in dem Falle nicht um einen Pessimisten oder um einen Psychotischen; der junge Mensch befand sich nur in jener kritischen Übergangszeit um das beginnende dritte Lebensdezennium herum, wo auch bei den jungen Leuten in bester Gesundheit oft unmotivierte Schwermutsanwandlungen auftreten, mit oder ohne Veranlassung seitens des Körpers, die sich mit den fortschreitenden Jahren und gegen das 30. Lebensjahr herum von selbst verlieren.

In diesem Falle ist mehr verloren gegangen als nur „ein junger Mann". G. H. war ein wahres Sonntagskind, lachend vor Übermut, zu den Menschen gehörend, deren bloße Existenz erzieherisch wirkt, deren bloßes Dasein den Optimismus predigt. Eine unbeschreibliche Anmut lag über seinem ganzen Wesen ausgebreitet. Von der hohen Stirn strahlte der Adel der Reinheit und der Schönheit. Um den geistreichen Mund spielte ein feines Lächeln. Ein Mensch, an dessen Wiege die Musen und die Grazien gesessen und ihn überreich, verschwenderisch wie selten einen Menschen mit ihren Gaben ausgestattet hatten. Ein Goethejüngling, der im Fluge alle Herzen gewann,

der im Sturme überall siegte, wo er hinkam. Hohe Ideale hatte er sich vorangestellt. Seinen anmutigen Körper hatte er durch stete Körperübungen auf das höchste Maß von Geschmeidigkeit gebracht. Seinen hochfliegenden Geist suchte er in strengster Ordnung zu bändigen: jede Stunde des Tages war auf das sorgfältigste eingeteilt. Die straffste Logik hielt hier wie ein Gürtel die verschiedenen Begabungen von Musiker, Dichter, Philosophen zusammen, die in ihm um die Palme rangen. Er war ein genialer Mensch.

Aus diesem ungewöhnlich begabten Menschen schien durch höchste Selbstzucht ein ungewöhnlich tüchtiger Mensch werden zu wollen. Da erreichte ihn das Schicksal: in einer unglücklichen Verknüpfung von vorübergehender innerer Disposition und zufällig hinzukommenden äußeren Umständen (ungünstiger seelischer Behandlung). Was aus ihm geworden wäre ohne das Hinzutreten dieses äußeren Faktors — wer weiß das? er war ein hochstrebender Mensch. Seine Laufbahn hatte kaum begonnen. — Er ist hin.

In diesem Falle hat die „Offenheit und unbedingte Wahrheitsliebe" einen jungen Menschen direkt in den Tod getrieben. Die Summe der Faktoren, welche zur Tat führten, wurde erst voll durch ein ärztliches Richterwort. Das Prinzip ist gewahrt geblieben, aber ein Mensch ist ihm zum Opfer gefallen.

Ist ein solches Prinzip als allgemeines Prinzip haltbar?

Dr. Paul Cohn, Charlottenburg.

Zum gegenwärtigen Stande der Pflegerfrage.

Von Dr. *Josef Starlinger*, Direktor der Kaiser Franz Josef-Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling.

(Schluß.)

Ist die Zahl über 10 Jahre dienender Pflegepersonen an sich schon gering, so ist die Zahl der über 10 Jahre dienenden Pflegerinnen in ganz Niederösterreich nur 8%, d. i. 29 von 339.

Nach wie vor gilt auch heute noch das „unter die Haube kommen" für das Weib als das erste Ziel. Und nicht selten können wir die Wahrnehmung machen, daß Pflegerinnen, die wegen Invalidität pensioniert wurden, über kurz oder lang in den Ehestand treten. Ich habe bezüglich des Heiratens die Pflegerinnen mehrerer Abteilungen aufgefordert, darüber eine geheime Abstimmung zu veranstalten. Diejenigen Pflegerinnen, welche die Verheiratung im passenden Falle in Betracht zogen, sollten auf einem Zettelchen ein Kreuz zeichnen und in eine Urne werfen. Unter 51 Zettelchen waren nur 3, die keine Kreuze hatten, ob auch die nicht zu viel waren, will ich nicht entscheiden, aber selbst ältere Jahrgänge mußten ein solches Kreuzchen gemacht haben, um ein solches Resultat zu erzielen.

Mit dieser Tatsache müssen wir rechnen, und es scheint mir das Prämiensystem nach fünf und zehn Jahren das geeignetste, auch unter Pflegerinnen eine größere Seßhaftigkeit zu erzielen, wenn man nicht das Heiraten unter den Pflegepersonen untereinander in größerer Zahl zugeben kann, was dienstlich leicht zu Kollisionen führt und auch sonst nicht ohne Schattenseiten ist.

Das sind die wesentlichsten Resultate meiner Rundfrage.

Ich bin mir bewußt, daß manche Punkte eine genauere Ausführung verdient hätten und mit Rücksicht auf die große Ausdehnung der vorgelegten Frage auch manche Lücke gelassen wurde. Ich möchte aber nicht unterlassen zu betonen, daß Ort und Zeit eine gewisse Beschränkung auferlegten und daß ich ein Hauptgewicht auch darauf gelegt wissen möchte, daß in der Diskussion die zahlreich vertretenen Erfahrungen auf diesem Gebiete auch eingehend geäußert werden mögen.

Alle Irrenpflege und Anstaltsbehandlung ist ja in letzter Linie eine Pflegerfrage, was immer an Pflege und Behandlungsarten ersonnen werden mag, immer ist die pflegerische Hand dabei nötig und nicht selten ist deren Ausdauer, Willigkeit und Geschicklichkeit ausschlaggebend für unser Wirken und für unseren Erfolg. Irrenpflege und Pflegerfrage wird daher immer Hand in Hand gehen müssen; sich um die Pflegerfrage kümmern, heißt praktische Irrenpflege treiben. Wie aber diese von Zeit zu Zeit zusammengefaßt zu werden pflegt und das Soll und Haben gesichtet werden muß, so habe ich auch in der Pflegerfrage einmal das Bestehende zusammengetragen, soweit es mir möglich war, einerseits um den heutigen Zustand als Kulturbild festzuhalten, andererseits auch, um eventuell auf dieser Grundlage einige Richtungslinien für das Soll zu gewinnen.

Ich hielt es aber auch zum besseren Verständnis der Pflegerfrage für nötig, sich mehr als bisher mit der Psychologie des Pflegerstandes zu beschäftigen, um in das Denken und Fühlen unserer wichtigsten Mitarbeiter in der Irrenpflege mehr Einblick zu gewinnen. Zu diesem Zwecke habe ich in der eigenen Anstalt einige Umfragen angestellt. Sollte dieser Versuch Anregung geben, diesen Weg weiter zu betreten, um immer mehr Einblick in die Natur des Pflegepersonales und damit weitere Anhaltspunkte zu gewinnen, ein genügendes stabiles und zufriedenes Pflegepersonal heranzuziehen, so wäre Zweck und Absicht meines Vortrages mehr als gelohnt.

Eines scheint mir für einen natürlichen Fortschritt und zeitgemäße Entwicklung schon heute sicher: eine solche kann niemals gedeihen ohne Führung und Leitung durch die Erfahrung und Psychologie.

Anhang.

Die Pflegerverhältnisse in Nieder-Österreich, speziell in Mauer-Öhling.

1. Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling, mit offenen Abteilungen, zwei Irrenkolonien, Familienpflege und Pflegerdorf. In der Anstalt Abstinenz statuarisch.
2. 1504 Kranke, 212 Pflegepersonen (davon 18 Extrapfleger, 12 Pfleger für Dauernachtwache, 33 Arbeitspflegepersonen und Professionisten).
3. Berufspflege.
4. Anmeldung zum Pflegerdienst eben genügend.
5. Herkunft ausschließlich vom Lande.
6. Psychisch und intellektuell ziemlich verschieden, allgemein eben hinreichend.
7. Der Wechsel betrug im vergangenen Jahre 41 %.
8. Einfache Pfleger, Stationspfleger (Traktpfleger), kündbar nach acht Tagen bis vier Wochen, Oberpfleger definitiv nach dreijähriger Probezeit. 12 Stationen haben dauernd schottische Nachtwache, 2 Stationen Wechselnachtwache. Auf den Wach- und halbruhigen Abteilungen bestehen eigene Pflegerzimmer, in den offenen Abteilungen schlafen die Pfleger mit den Kranken. In den Wachabteilungen haben alle Pfleger eine 1/2 stündige freie Mittagspause. Alle nehmen die Mahlzeiten abgesondert von den Kranken im Pflegerzimmer oder Vorraum — Kolonie — ein. Jeden fünften Tag haben die Pfleger von 1 bis 9 Uhr freien Ausgang, jeden Monat 24 Stunden Urlaub, Abgang und Rückkehr kontrolliert der Portier. Traktpfleger werden nicht kontrolliert. Die Urlaube sind systemisiert:

Dienstkategorie	Dienstzeit		
	1 bis 5	6 bis 15	über 15 Jahre
Oberpfleger	10	12	14 Tage
Traktpflegepersonen	7	10	12 „
Pflegepersonen	5	7	10 „ .

Eigenes Pflegerheim besteht nicht.

9. Entlohnungen:

Barlohn für einfache Pfleger von 28 bis 68 Kronen. (Nach dem ersten Jahre 32 Kr., nach abgelegter Prüfung 36 Kr., dann fortlaufend alle drei Jahre um 4 Kr. mehr bis zum Höchstlohne.)

Zulagen: Getränkerelutum 4 Kr., Weihnachtsremuneration an geprüfte Pfleger vom 1. bis 5. Dienstjahre 20 Kr., vom 6. bis 15. Dienstjahre 30 Kr., noch länger 40 Kr., nicht geprüfte Pfleger vom 1. bis 5. Dienstjahre 15 Kr., vom 6. bis 15. Dienstjahre 20 Kr., noch länger 25 Kr. Die verheirateten Pfleger, die keine Naturalwohnung haben, erhalten vom 5. Dienstjahr an 120 Kronen Wohnungszuschuß pro Jahr. Krankenbehandlung, Medikamente, Kost und Station frei. Krankenunterstützung und Beerdigungsbeiträge systemisiert.

Stationspfleger.

Barlohn gleich den Pflegern.

Zulagen: 6 Kr. Inventarzulage, 8 Kr. Getränkerelutum, Anspruch auf eine Naturalwohnung im Ausmaße von Zimmer, Kabinett und Küche oder entsprechendem Wohnungsgeldzuschuß. Bei Verheirateten Reluierung der Kost — Licht und Beheizung frei. Alles andere sonst wie bei den einfachen Pflegern, aber höhere Weihnachtsremuneration und höheres Kostrelutum.

Oberpfleger:

Anfangslohn: 1200 Kr., Höchstlohn: 1680 Kr. (mit Quartiergeld und allen Zulagen: 2708 Kr.).

Zulagen: Getränkerelutum 8 Kr., Kostrelutum 32 Kr., Brotrelutum 4 Kr., Familienwohnung mit Beheizung und Beleuchtung (500 Kr.).

10. Verköstigung: Eigene Pflegerkost besser als die III. Verpflegsklasse der Patienten. Früh Kaffee, mittags Suppe, Fleisch, Gemüse; Sonntags Braten; Jause: Kaffee; abends Beuschel, Würstel, Gulasch etc., auf Wunsch Käse, Butter

und dergl. Traktpfleger, außerdem Mehlspeiszulage und abends wöchentlich zweimal Braten. (Kostrelutum für Pfleger 20 Kr., für Traktpfleger 32 Kr. pro Monat.)

11. Seßhaftmachung wird behördlich allseits begünstigt, Heiraten gestattet. Für 16 Pfleger Familienwohnung, bis 1/3 der Pfleger 120 Kr. Wohnungszuschuß vom 5. Dienstjahre an. Die Erfahrungen sind durchwegs günstig und weisen für möglichste Erweiterung der Naturalwohnungen in der Nähe der Anstalt.

12. Pfleger erhalten Kappe und Zwilchmantel, nach Prüfung Borten.
Pflegerinnen Schürzen und Häubchen, nach Prüfung Brosche.
Arbeitspfleger Lodenrock und Stiefeln.
Im Infektionshaus volle Dienstkleidung.

13. Alle Pflegepersonen sind nach 10 Dienstjahren pensionsberechtigt (40 %), nach 30 Jahren 100% der zuletzt erhaltenen Bezüge.
Pension nach 30 Dienstjahren:
Pfleger 1152 Kr.,
Stationspfleger 1416 Kr.
Pflegepersonen haben gesetzlichen Vorzug für alle anderen entsprechenden Arten von Landesstellen.

14. Versorgung der Witwen und Waisen:
Für Witwen 400 Kr., für Waisen bis zum 24. Lebensjahr 80 Kr. pro Kopf und Jahr.

15. Es besteht dreimonatiger Unterricht, nach dem ersten Dienstjahre mit Schlußprüfung; Unterricht und Prüfung sind offiziell geregelt. Für ältere Pflegepersonen Wiederholungskurse nötig. Erfahrungen sehr befriedigend.

16. Erfahrungen über Pflegepersonen aus besseren Ständen liegen nicht vor.

17. Im Lazarette werden auf der Männerabteilung Pflegerinnen verwendet. Erfahrungen sind gute.

18. Eigentliche Berufskrankheiten kamen nicht zur Beobachtung, wohl aber namentlich bei weiblichen Pflegepersonen tritt Nervosität und Neigung zur Blutarmut auf.

19. In den letzten Jahren wurden wiederholt Pflegepersonen von Kranken verletzt (Trommelfellruptur, Peritonitis, diverse kleinere Verletzungen).

20. Vorstehende Verhältnisse wurden in dem Umfange erst heuer vom niederösterreichischen Landtage festgesetzt.

Über Gefängnispsychosen.

Vortrag in der jurist.-psychiatr. Vereinigung in Zürich am 7. Juni 1907.

Von Dr. *Riklin*-Rheinau.

(Schluß.)

Ich will versuchen, die zwei Fälle kurz zu skizzieren. Es handelt sich um zwei Frauen, die eine mit Hysterie, die andere mit Imbezillität.

1. Frau Katharina K.-H., geb. 1857.

Die Mutter der Patientin litt an Verfolgungswahn und erhängte sich in ihrer Schwermut. Andere belastende Geisteskrankheiten kommen in der Familie nicht vor. Patientin war von jeher nicht besonders intelligent; sie fing früh sexuelle Verhältnisse an und gebar auch zwei uneheliche Kinder. Sie heiratete im Jahre 1891. Vorher, anno 1883 oder 84, akquirierte sie eine Syphilis, deren Folgen: Haarausfall, Geschwüre, Stinknase usf. mit Schmierkur und Jodkali behandelt wurden. Pat. hatte sich verschiedene Male vor Gericht zu verantworten und wurde in den Jahren 1889, 1890, 1895, 1898 wegen Kuppelei mit Gefängnis, Arbeitshaus und Geldbußen bestraft. Im Anschluß an die letzte Haft verfiel Patientin Anfang Januar 1899 in schwermütiges Hinbrüten und machte einen Selbstmordversuch. Sie wurde bis Juni 1899 in der städtischen Notkrankenstube Zürich III verpflegt. Am 6. Januar 1900 brachte man Pat. von Hause, wo sie wieder zu klagen anfing und ganz energielos war, ins Burghölzli. Körperlich wurden damals Sattelnase mit Verengung des linken Nasenlochs und Verstopfung des Tränenkanals, reagierende Pupillen, normale Sehnenreflexe und verschiedene syphilitische Narben konstatiert. Leichtes Anstoßen beim Sprechen, aber keine artikulatorische Störung. Innere Organe ohne Besonderheiten.

Zeitlich und örtlich war Patientin gut orientiert; gab ihre vollständigen Personalien an, und zwar richtig. Dagegen mangelte ihr jede Einsicht für die Immoralität ihrer Delikte; sie saß umher und war stark deprimiert. Im Februar fing sie an zu arbeiten und konnte am 24. Februar 1900 als gebessert entlassen werden. Obwohl man wegen der bestehenden Syphilis an eine beginnende Paralyse dachte, wurde bei Mangel ausgeprägter Zeichen jener Krankheit die Diagnose Demenz mit melancholischer Verstimmung gestellt. Im Jahre 1901 beging Pat. wieder Kuppeleidelikte in Zürich und wurde am 22. Oktober 1902

verhaftet. Ihr auffälliges Betragen führte sie dann zur Beobachtung hierher am 10. November 1902.

Das Gutachten, welches ich damals selber abfaßte, glaubte diesmal wirklich Paralyse annehmen zu müssen. Ich kenne die Frau seither fünf Jahre lang, bin jetzt aber nach vielen Untersuchungen doch von dieser Diagnose abgekommen zu Gunsten eines angeborenen und nicht paralytischen Schwachsinns. — Es ist beizufügen, daß sich ihre Klagen ganz in dem von uns oben angedeuteten Sinne bewegten.

2. Lina H., geb. 1876.

Anamnese. Die Patientin Lina H. wurde im Kanton Zürich 1876 geboren. Der Vater ist ein brutaler heruntergekommener Trinker. Sein Bruder steht ihm in dieser Beziehung sehr nahe. Die Mutter ist eine etwas sonderbare Person, die in der Erziehung der Kinder gleichgültig war und stumpf, hingegen war sie eine tüchtige Wäscherin. Patientin hatte vier Geschwister. Die älteste Schwester verunglückte als kleines Kind. Die zweite Schwester ist verheiratet. Sie wurde, als Pat. etwa drei bis vier Jahre zählte, als 14 bis 15jähriges Mädchen vom eigenen Vater mißbraucht und wurde gravid; das Kind starb jedoch kurz nach der Geburt. Ein Bruder ist Schreiner und bringt sich ordentlich durch. Eine weitere Schwester der Patientin starb mit 18 Jahren an einer langwierigen Knochentuberkulose. Auch bei ihr machte der Vater einmal einen Notzuchtversuch. Das nächste Kind war Pat. selbst; mit ihr beging der Vater ebenfalls Inzest, nachdem sie bereits ein uneheliches Kind hatte. Im August 1903 starb die jüngste Schwester der Pat. im Wochenbett. Das Familienleben war sehr zerrüttet.

Als Pat. sechs Jahre alt war, wurde der Vater wegen Blutschande zu vier Jahren Zuchthaus verurteilt. Die Mutter ließ sich von ihm scheiden und zog bald darauf mit den Kindern in die benachbarte Stadt W. Gegen das Ende der Schulzeit hin lag Pat. wegen eines hysterischen Herzleidens im Spital. Von der Schule mußte sie öfters abgeholt werden, weil ihr unwohl wurde. Dabei war sie ganz steif, verdrehte die Augen, war bewußtlos und mußte sich tragen lassen; sie atmete heftig, als müßte sie ersticken; eigentliche Zuckungen wurden nicht wahrgenommen. 13 Jahre alt, wurde sie zur weiteren Erziehung und Pflege in die Anstalt Tw. gebracht. Dort traten bald darauf die ersten Menses ein. Mit 17 Jahren kehrte Pat. wieder in ihre Familie zurück. Unterdessen hatte sich auch der Vater wieder eingefunden und zum zweitenmal mit der Mutter verheiratet. Zu Hause soll Pat. nicht gut behandelt worden sein. Sie lernte einen jungen Maler kennen und wurde schwanger. Die Geburt trat zu früh ein, nach einem Unfall, das Kind wurde drei Jahre alt und starb an Lungenschwindsucht und Darmkatarrh. Zwei Jahre nach dem ersten Kind bekam Pat. ein zweites; sie war damals 20 Jahre alt. Sie hatte den Vater desselben, einen Kaufmann, am eidgenössischen Schützenfest in W. kennen gelernt; nachher konnte sie ihn nicht mehr auffinden. Während ihrer Gravidität versuchte ihr eigener Vater, der betrunken war, sie eines Morgens zu vergewaltigen! Das zweite Kind, schwachsinnig, ist versorgt. Die Patientin zog nun fort, nahm Stellen an, war drei Monate Zimmermädchen in einem Hotel, dann in verschiedenen Wirtschaften; sie fand oder suchte dann keine Stellen mehr, war oft in Not und prostituierte sich manchmal. Zuletzt verkehrte sie mit einem jüdischen Kaufmann; von diesem wurde sie wieder gravid. Sie nahm nachher nochmals eine Stelle an, kehrte aber gegen das Ende der Schwangerschaft nach Hause zurück. Dort erwarteten sie schwere Vorwürfe. Sie lief von Hause weg, nachdem schon die Fruchtblase gesprungen war, bekam Wehen und gebar ihr drittes Kind an einem kalten Herbstmorgen im Walde draußen; 31. Oktober 1897. Die Geburt erfolgte um 8 Uhr morgens, um 1/23 Uhr nachmittags wurde sie aufgefunden, neben ihr das noch lebende Kind, welches aber nach einer halben Stunde starb. Man brachte die Mutter ins Kantonspital in W. Nach 14 Tagen wurde sie vom Schwurgericht wegen fahrlässiger Tötung ihres Kindes zu einem Jahr Arbeitshaus verurteilt. In der Strafanstalt war sie fleißig, soll oft kränklich gewesen sein und gegen das Ende der Strafzeit Husten und Auswurf gehabt haben. Nach der Entlassung wurde sie vom Verein für Aufsicht über entlassene weibliche Gefangene in einem Mädchenasyl untergebracht. Sie war dort anfangs sehr fleißig, wurde aber bald eigensinnig, verfiel in Trübsinn, hatte Selbstmordgedanken und kam deshalb nach einigen Wochen ins Burghölzli, im März 1899.

Es handelt sich in diesem Fall um eine Hysterie, die nachweislich schon früh, lange vor der Haft, begonnen hatte und der eine Menge — oder alle — körperlichen Krankheitssymptome zugehörten, welche sie äußerte und von denen sie auch in der Haft nicht frei war, obwohl sie sich in der Haft gut führte und nicht auffiel. Erst nach der Haft trat diese schwere Depression in Pat. auf. Ich habe den Fall s. Zt. psychoanalytisch nach Freud genauer untersucht*). Dabei stellte sich betr. jener Depression mit Suiziddrang heraus, daß Pat. erstens in P. mehrere Erlebnisse hatte, die sie an frühere trübe Zeiten und sexuelle Schäden erinnerten und gleich die zugehörigen körperlich-hysterischen Symptome, Erbrechen u. dgl. hervorriefen. Dem Faß den Boden schlug der Besuch eines Verwandten aus, der als rechter Mann galt und in ordentlichen Verhältnissen lebte, sie aber früher oft selbst geschlechtlich gebraucht hatte — und in der Beziehung nicht besser war als sie und Mitschuld an ihrem Unglück trug; auch waren auf ihn eine Anzahl hysterischer Symptome zurückzuführen, die Pat. aufwies. Dieser Besuch und die

*) Analytische Untersuchungen der Symptome und Assoziationen eines Falls von Hysterie (Lina H.). Psych.-neurol. Wochenschrift 1905, Nr. 46 ff.

damit zusammenhängenden Verhandlungen wegen des Heimatscheins, der bei diesem Verwandten lag, der auch der erste Zeuge ihrer Tat gewesen war usf., erweckten alle traurigen Erinnerungen und die jetzige klägliche Lage kam ihr besonders zum Bewußtsein.

Alles wurde, nachdem die stille, ruhige Haft keine neuen krankmachenden Erregungen mit sich gebracht hatte, beim Wiedereintritt in die Welt explosionsartig wieder aufgewühlt.

Ohne auf alle praktischen Erörterungen über die Verbrecherfrage einzugehen, müssen wir eine die Gefängnispsychosen betreffende praktische Frage aufrollen.

Einmal müssen wir als Postulat einen psychiatrischen Dienst an den Gefängnissen aufstellen. Soweit es die Begutachtung solcher Fälle, event. auch die Untersuchung soeben ausgebrochener Fälle in der Untersuchungshaft, auch bei bloßem Simulationsverdacht, handelt, sind ja gewiß Ansätze zu diesem Dienst bei uns vorhanden. Vielleicht wäre aber an der Strafanstalt ein solcher Dienst in größerem oder geringerem Umfang einzurichten. Gefängnisse mit Irrenabteilungen haben diesen Dienst eo ipso. Es ist sicher von großem Vorteil, wenn jede psychische Störung in der Haft (was natürlich regelmäßige psychiatrische Bedienung des Gefängnisses voraussetzt) richtig erkannt und dadurch die die Disziplin am allermeisten störenden pathologischen Elemente ebenfalls erkannt und, wenn nötig, aus dem Strafvollzug ausgeschaltet werden können.

Bei uns, wo wir keine Adnexe für irre Gefangene haben — auch keine Beobachtungsabteilung —, muß man diese Leute einer Irrenanstalt überweisen. Wir haben ja auch keine Anstalt für geisteskranke Verbrecher. Ob wir eine solche brauchen und ob eine solche ordentlich geführt werden kann, ist eine noch offene Frage, die bei der Vereinheitlichung unseres Strafrechts vielleicht gelöst wird. Die geisteskranken Verbrecher sind nicht immer gefährlich und können deshalb manchmal sehr gut in unseren Anstalten gehen. Anderseits haben wir Geisteskranke, die sehr gefährlich sind, ohne bisher ein Verbrechen begangen zu haben.

Wir möchten also eher eine Anstalt für Gefährliche haben, seien sie vorher kriminell gewesen oder nicht; oder wenigstens an unsern Anstalten eine Abteilung für gefährliche Elemente, mit entsprechender baulicher Einrichtung. Das haben wir bis jetzt im Kanton Zürich nicht.

Haftpsychosen sind aus ihrem Milieu herauszunehmen, möglichst rasch, und unter psychiatrische Kontrolle zu stellen. Die meisten bessern dabei, gewisse klinische Formen heilen. Manche verblöden trotzdem. Manche können später wieder dem Strafvollzug übergeben werden, z. B. die geheilten hysterischen Dämmerzustände und manche Degenerierte. Bei den andern ist die Rückversetzung nicht angängig, und in dieser Beziehung sind die Irrenabteilungen an Gefängnissen als Teilbestand der Strafvollzugseinrichtung, so nützlich sie sonst praktisch sein mögen, theoretisch zu beanstanden.

Die Notwendigkeit sofortiger psychiatrischer Pflege ergibt sich auch aus dem häufigen Selbstmorddrang. Wir haben ihn, wenn Sie sich daran erinnern wollen, bei allen unseren klinischen und psychologischen Formen gesehen.

Mitteilungen.

— **Ausbau der böhmischen Landesirrenanstalten.** In der Sitzung des Landesausschusses vom 20. 11. 07 wurde über Antrag des Sanitätsreferenten Zdarsky beschlossen, in das Budget pro 1908 einen Betrag von 3000000 K. einzusetzen. Ein Teil dieser Summe ist für die Vollendung der bisherigen Arbeiten, der andere Teil für Neubauten an der Bohnitzer Landesirrenanstalt, die im nächsten Jahre angefangen und im Jahre 1909 vollendet werden sollen, bestimmt. Dazu gehört die Errichtung eines neuen, anstatt des bisherigen schlechten Ökonomiehofes und der Bau von Beamtenwohnungen. Ferner wurde über die Frage der Errichtung einer Arbeitskolonie in der Irrenanstalt in Kosmanos beraten und beschlossen, einen Betrag von 100000 K. in das nächstjährige Budget für Erweiterungsbauten in der Dobrzaner Irrenanstalt einzusetzen. Der Betrag ist für Rekonstruktion des Infektionspavillons und Beamtenwohnungen bestimmt.

— Überaus nützliche Verwendung bei der Geltendmachung **psychiatrischer Wünsche zur Revision der deutschen Zivilprozessordnung** kann der **„Fall Fuhrken"** finden, über den die „Nordwestdeutsche Morgenzeitung" folgenden eingehenden Bericht veröffentlicht hat.

„Der Fall Fuhrken hat durch die meist auf unserem Berichte basierenden Mitteilungen hunderter großer deutscher und österreichischer Zeitungen in der breitesten Öffentlichkeit großes Aufsehen erregt. Dieser Umstand und die Tatsache, daß in der bisherigen Berichterstattung über den Fall Fuhrken manche Irrtümer unterlaufen sind, haben uns veranlaßt, uns um das gerichtliche Aktenmaterial über diese Angelegen-

heit zu bemühen und neue Ermittelungen anzustellen, deren Ergebnis in allem Wesentlichen von unserer früheren Darstellung nicht abweicht, aber durch die Feststellung weiterer Einzelheiten in prozessualer Hinsicht aufs neue die Beachtung weiterer Kreise verdient.

Die 30jährige Amanda Vollers ist das einzige noch lebende der drei Kinder, mit denen der zur Disposition gestellte Elsflether Oberamtsrichter Fuhrken von seiner damaligen Haushälterin, einer früheren Oldenburger Büfettkellnerin und jetzigen Gattin eines Schlachters in einem Unterweserorte, beschenkt worden ist. Bei Verwandten Fuhrkens aufgezogen, später bei seiner Mutter in Donnerschwee ohne Vergütung in Stellung, entwickelte sich bei ihr, in mannbares Alter gekommen, Nymphomanie, die allmählich zu völliger Verblödung führte. Schon wegen ihres ärgerniserregenden Verhaltens als auch wegen der sich mit der Verblödung einstellenden Unreinlichkeit machte sich ihre Unterbringung in die Irrenanstalt Wehnen notwendig. Sie verblieb etwa $1^3/_4$ Jahre in W. auf Kosten ihres Vaters. Im Dezember 1900 nahm er sie aus der Anstalt und hat sie bis zum 15. Juni, also $6^1/_2$ Jahre, in seinem Hause in Donnerschwee ohne andere Pflege als durch ihn gehalten. In der ersten Zeit machte er noch hin und wieder mit ihr Spaziergänge oder ließ sie in dem Garten, worin das Haus liegt, frische Luft schöpfen, bald aber sahen die Ortsbewohner das Mädchen überhaupt nicht mehr im Freien, und ihren Vater nur dann, wenn er ausging, um Lebensmittel für sich und die Kranke einzukaufen. Wenn er vom Hause weg war, ereignete es sich wohl ab und zu, daß Amanda an einem der Fenster des Erdgeschosses des väterlichen Hauses von Vorübergehenden von der Straße aus gesehen wurde, und zwar, was bald allgemeinen Gesprächstoff in Donnerschwee abgab, gänzlich unbekleidet und mit aufgelöstem Haar. Der seltsame Anblick lockte besonders die liebe Donnerschweer Jugend an und sie vergnügte sich oftmals damit, mit Steinen nach der Geisteskranken zu werfen, wenn sie sich in Abwesenheit des Vaters am Fenster zeigte, und einmal wurde bei einer solchen Gelegenheit das Haus so arg bombardiert, daß fast keine Fensterscheibe im Hause ganz blieb. Fuhrken brachte das Mädchen daraufhin in einem Kellerraum unter, zu dem, wie man jetzt noch sieht, das Licht nur durch zwei verkappte Oeffnungen Zutritt gewinnt, die kaum einen Meter lang und zwei Hand breit hoch sind. Trotzdem kam sie bis in den Sommer 1905 noch mehrfach in Abwesenheit ihres Vaters in die oberen Räume und zeigte sich unbekleidet am Fenster. Ihr Aufenthalt im Keller blieb auch nicht lange ein Geheimnis für die Ortsbewohner, die sie in dem menschenunwürdigen Gelaß wie stets unbekleidet und im Schmutze liegen sahen. Um sie vor neugierigen Blicken zu schützen, gab Fuhrken erst Gardinen vor, und als auch das nichts half, setzte er vor die beiden Kellerluken Bretter, sodaß die Kranke ferner ihr Leben ganz im Dunkeln verbringen mußte. Im Winter soll er sie allerdings, wie er in den späteren Prozessen angab, in einem Erdgeschoßzimmer untergebracht haben.

Diese skandalösen Zustände und der Umstand, daß sich das als liebestoll bekannte, üppig entwickelte junge Weib nur in männlicher Pflege, wenn auch des Vaters, befand, gab natürlich in Donnerschwee zu den ungeheuerlichsten Vermutungen Anlaß, die endlich die Ortsbehörde bestimmten, der Staatsanwaltschaft Anzeige zu machen. Diese holte zwei ärztliche Gutachten ein, eines von dem Arzte, der die Kranke im Hause des Vaters bis zum März 1903 behandelt hatte — nachher stand sie überhaupt nicht mehr unter ärztlicher Aufsicht —, und das andere vom Direktor der Irrenanstalt Wehnen. Das Gutachten des behandelnden Arztes gab nicht die mindeste Begründung dafür, daß sich Fuhrken in der Behandlung seiner Tochter habe Verfehlungen zu schulden kommen lassen, die ihm die leichtfertige vox populi zugeschrieben hatte, und auch sonst sprach sich der Arzt dahin aus, daß die Pflege der Kranken durch den Vater in der Zeit der ärztlichen Beaufsichtigung vorzüglich gewesen ist, wenn er es auch für wünschenswert hielt, daß ein derartig geistesgestörtes Geschöpf in weiblicher Pflege gehalten werde.

Die Staatsanwaltschaft stellte beim Großherzoglichen Amtsgericht in Oldenburg den Antrag, Amanda Vollers zu entmündigen und im Sommer 1905 wurde der Kaufmann und Wirt Johann Thien in Donnerschwee als ihr Vormund bestimmt. Da Fuhrken dem Vormund Zutritt zu der Kranken verwehrte, klagte er auf Herausgabe des Mündels zur Unterbringung in einer Irrenanstalt. Und nun begann der fast zweijährige Kampf der Gerichte um die Auslieferung der Geisteskranken. Fuhrken schätzte man nicht umsonst während der Elsflether Amtstätigkeit in Juristenkreisen als eine hervorragend befähigte Kraft — seine Außerdienststellung erfolgte wegen seines Verhältnisses zu seiner Haushälterin —, und er zeigte jetzt in dem gerichtlichen Verfahren, daß er es aufs beste verstand, alle Lücken des Gesetzes für sich auszunutzen und so die Gerichte an der Nase herumzuführen, um womöglich durchzusetzen, was er dem Vormund drohend zugerufen hatte: „Ich gebe Amanda nicht heraus, man kann machen, was man will!" Der erste Termin war im Januar 1906 vor der 1. Zivilkammer des Landgerichts. Fuhrken blieb aus und das Versäumnisurteil wies ihn an, das Mädchen an den Vormund auszuliefern. Auf seinen Einspruch hin fand ein Termin im April statt, der das erste Urteil bestätigte. Er legte abermals Berufung ein, kam nicht zu dem Termin im Oktober und so wurde wieder ein gleichlautendes Versäumnisurteil erlassen. Neuer Einspruch Fuhrkens und neue Verurteilung durch das Oberlandesgericht. Dieses Urteil war nun vollstreckbar. Nebenher lief noch die Teilklage auf Rechnunglegung über das Vermögen der Amanda. Diesen Prozeß wußte Fuhrken bis heute zu verschleppen, obwohl schon mehrmals ein von ihm nachher immer wieder abgelehnter Vergleich geschlossen worden war, der Fuhrken die paar hundert Mark seiner Tochter zuschrieb, da er für sie während der letzten acht Jahre viel, viel mehr aufgewendet hatte.

Nachdem Kaufmann Thien mit der Armen-

kommission vereinbart hatte, sein Mündel in der Heil- und Pflegeanstalt Wehnen unterzubringen, wurde, wie bekannt, am 15. Juni Nachmittags der ihm tags vorher schriftlich mitgeteilte Zwangsvollstreckungsantrag durch den Gerichtsvollzieher in Begleitung des Vormundes und zweier Gendarmen ausgeführt. Das Haus Fuhrkens war wie gewöhnlich verschlossen und da auf wiederholtes Klopfen nicht geöffnet wurde, brach man kurzerhand die Haustür auf. In dem Hause war es infolge der verhängten Fenster so dunkel, daß man sofort Licht machen mußte, ehe man sich zurechtfinden konnte. Man fand Fuhrken mit seiner Tochter in der Schrägkammer des einstöckigen Hauses, Amanda nur mit einem Nachthemd ihres Vaters bekleidet. Fuhrken leistete zunächst energischen Widerstand, fügte sich aber schließlich und ließ die Tochter frei. Amanda wurde von den Männern wohlgenährt und reinlich gefunden. Kleider waren für sie nicht zu finden. Man hüllte sie, so gut es ging, in eine Decke und fuhr sie in einer Droschke nach Wehnen. Die Fragen ihrer Begleiter quittierte sie mit einem stereotypen Lachen. Die Mutter hat die Kranke dann am letztvergangenen Sonntag in Wehnen besucht, und, wie sie erzählt, ist sie von ihrer Tochter sofort erkannt worden, sie fiel ihr um den Hals und küßte sie.

Wir glauben, daß dieser Prozeß Handhabe genug bieten wird, um eine Revision der Zivilprozeßordnung in die Wege zu leiten, denn wenn derartige Prozeßverschleppungen möglich sind, wie es sich hier m Fall Fuhrken gezeigt hat, wo 2½ Jahre vergehen müssen, ehe der Vormund sein ihm vom Gericht zugesprochenes Mündel ausgeliefert erhielt, dann taugt eben dieses Gesetz in dieser Hinsicht nichts, und es bedarf der klaren und deutlichen Bestimmung, daß vom Beginn eines solchen Prozesses an das Mündel ohne weiteres bis zur endlichen Entscheidung zwangsweise in eine Anstalt gebracht werden kann."

Referate.

— Fr. Krauß: 1. Kaiser Philipp von Schwaben-Hohenstaufen. Drama. Leipzig. Deutsche Verlags-Aktiengesellschaft, 1908. — 2. Die Braut muß billig sein! Ein bosnisches Singspiel. Leipzig 1903, Schumann. — 3. Kr. und Norberg: Künstlerblut! Schauspiel in vier Aufzügen. Leipzig 1903, Schumann. — 4. Kulke und Krauß: Um holder Frauen Gunst! Künstlerroman aus dem Rinascimento. Leipzig 1905, Deutsche Verlags-aktiengesellschaft.

Wenn ein Gelehrter dichten will, so wird man ihn sofort scheel ansehen und das in den meisten Fällen mit vollem Recht. Doch gibt es auch hier Ausnahmen. Eine solche ist der berühmte Folklorist und Slavist Dr. Fr. Krauß in Wien, dessen Jahrbücher: „Anthropophyteia, Beiträge zur sexuellen Moral" eine schier unerschöpfliche Fundgrube für den Kulturforscher und Psychologen darstellen, ihm aber freilich von seiten Bornierter den Namen eines Pornographen eintrugen. Wie sollte nun ein so verworfener Mensch gar unter die Dichter geraten und zwar nicht unter die schlechten und zotigen? Nun, wer so spricht, überzeuge sich an den oben genannten dichterischen Produkten, die nicht Erstlingsgaben sind. Kaiser Philipp behandelt in würdigen und schönen Versen die Zeit des traurigen Gegenkaisertums in Deutschland, und es tut wohl, hier einen echten und rechten Hohenstaufen zu sehen, den leider verruchte Mörderhand so bald hinfällte. Das zweite Drama, ein Singspiel in Versen, versetzt uns in das Bosnien des 17. Jahrhunderts mit seinem ganz türkischen Gepräge nebst eigentümlichen Ehesitten. Schon allein kulturhistorisch wäre es von Wert, ist es aber sicher auch vom ästhetischen Standpunkte aus. Künstlerisch am höchsten möchte Ref. jedoch das dritte Drama hinstellen, das, in Prosa geschrieben, eine ungemein feinsinnige Darstellung eines Künstlermilieus mit guten und schlechten Charakteren und modernen Intrigen darstellt. Die Psychologie ist ausgezeichnet! Der Roman endlich von Kulke, mit wenigen Einschiebseln etc. von Krauß, ist ein Künstlerroman, spielt im Cinquecento und erinnert in den kaleidoskopischen Abenteuern, Dialogen, Längen u. s. f. ganz lebhaft an eine jener alten Geschichten und Biographien, wie z. B. die des Benvenuto Cellini. Insofern ist die Nachahmung ein vollkommenes Kunstwerk geworden, und nur die schöne, edle, von allen Zynismen etc. freie Sprache erinnert an den modernen Dichter. Ref. fürchtet nur, daß die meisten Leser unserer Zeit nicht die Geduld haben werden, sich in diese Längen und oft naiven Gespräche einzulesen. P. Näcke.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 38. 1907.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien.) Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Wien. Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der hiesigen, mit der psychiatrischen Klinik verbundenen Landesheilanstalt (Heilanstalt für Geisteskranke) ist die Stelle eines

Volontärarztes

alsbald zu besetzen. Demselben kann, neben freier Station, eine Vergütung von jährlich 600 M., sowie bei nachgewiesener preußischer Staatsangehörigkeit und Verpflichtung auf 1 Jahr, eine ministerielle Remuneration in gleicher Höhe in Aussicht gestellt werden. [1093

Bewerbungen werden unter Beifügung d. Approbation, eines Lebenslaufs und etwaiger Zeugnisse an den unterzeichneten Direktor erbeten.

Marburg, den 10. Dezbr. 1907.

Prof. Dr. **Tuczek**,
Geheimer Medizinalrat.

Am hiesigen **Landeshospital** — Irrenanstalt für geisteskranke männliche Personen — mit einer Belegungszahl von 850 Kranken soll die neugegründete Stelle eines

zweiten Abteilungsarztes

sobald als möglich besetzt werden. Der Anfangsgehalt beträgt neben freier möblierter Wohnung jährlich 3000 M. bis zum Höchstgehalt von 4800 M. Mit der Stelle ist Pensionsberechtigung unter Anrechnung früherer Dienstjahre in der Psychiatrie verbunden. Eine Familienwohnung steht vorläufig nicht zur Verfügung.

Nur psychiatrisch vorgebildete Bewerber wollen ihre Gesuche einreichen an die **Direktion**. [1092

Landeshospital **Haina**, (Bez. Cassel), den 6. Dezember 1907.

An der **Brandenburgischen Landes-Irrenanstalt zu Neu-Ruppin** ist die Stelle eines

Assistenzarztes

sofort zu besetzen. [1094

Anfangsgehalt 1800 M. jährlich und freie Station 1. Klasse, steigend zweimal nach je einem Jahre um 100 M. und nach je zwei weiteren Jahren um 200 M. bis zum Höchstsatze von 2400 M. Festsetzung eines Anfangsgehalts von 1900 M. unter Anrechnung in gleicher oder ähnlicher Stellung bereits zurückgelegter Dienstzeit nicht ausgeschlossen.

Bewerber wollen ihre Gesuche unter Beifügung ihres Lebenslaufes, der Approbation und von Zeugnissen einreichen an den Direktor Sanitätsrat **Dr. Selle.**

Im Ctr. des vornehmsten W. Vorortes von Berlin, ist ein mit der **Konzession zum Betriebe einer Irrenanstalt** versehenes Grundstück (geeignetes Anstaltsgebäude mit grösserem Park) **baldmöglichst** unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre: **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 38. 14. Dezember. **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Sanatorien für Nervenleidende und die „Arbeitstherapie".

Von *G. Chr. Schwarz*, technischer Leiter in Dr. Woringers Sanatorium, Schirmeck i. Els.

Im Jahre 1894 veröffentlichte der verstorbene Leipziger Nervenarzt P. J. Möbius die „Bemerkungen über Neurasthenie", denen im Jahre 1896 die Flugschrift „Über die Behandlung von Nervenkranken und die Errichtung von Nervenheilstätten" folgte. Die erste Veröffentlichung galt dem Fachmännerkreis, die zweite, gemeinverständlich gehaltene, mehr der breiten Öffentlichkeit. Zweck der beiden Aufsätze war:

1. nachzuweisen, daß die übliche Behandlung Nervenkranker, besonders der Neurasthenischen, unzulänglich ist und daß die bestehenden Sanatorien für Wohlhabende dringend der Reform bedürfen;
2. für eine aussichtsreichere Behandlung wenigstens die Richtungslinien festzulegen, wie sie in treffender Prägnanz der Satz enthält: „Das Ideal der Behandlung wäre, daß der Arzt die Tätigkeit des Patienten so regelte, wie ein guter Verwalter eine in Unordnung geratene Wirtschaft. Durch Sparsamkeit da, durch Anspannung der Kräfte dort, durch Ausschaltung unergiebiger oder Verlust bringender Betriebe, durch Einfügung neuer müßte das verschuldete Gut in ein zinstragendes verwandelt werden";
3. die Notwendigkeit der Gründung von Heilstätten für Minder- und Unbemittelte den Fachärzten eindringlich in Erinnerung zu bringen und möglichst weite Kreise für diese Ideen zu interessieren.

Seinem programmatischen Auftreten gab Möbius dadurch erhöhten Nachdruck, daß er mehrere wirklich sachverständige Ärzte um ihre Meinungsäußerung anging und von den ausnahmslos zustimmenden Antworten die von Erb, Forel, Ganser, Kraepelin, Lichtheim, Paetz, von Strümpell als eine eindrucksvolle Kundgebung im Vorwort zur zweiten Auflage seiner Flugschrift veröffentlichte.

Seither ist mehr als ein Jahrzehnt vergangen. Wenn wir das, was bis heute zu praktischen Taten geworden ist, messen an dem Aufwand in Wort und Schrift und an der Wichtigkeit der Sache, so müssen wir sagen: es ist eigentlich recht wenig. Das fordert zu einer Darstellung und kritischen Beleuchtung der ganzen Situation, des bisherigen Ganges des Reformwerks mit all den Hemmnissen und Schwierigkeiten heraus, wonach dann die künftige Entwicklung möglichst abzuschätzen und zu bestimmen sein wird. Wenn sich diese Aufgabe hier ein Nichtmediziner setzt, so sehe man in ihm doch nicht einen hierzu Unberufenen. Seit dem Jahre 1895 vertrete ich auf Grund langjähriger Erfahrungen am eigenen Leibe und anfänglich alleinstehend die Sache der Nervenleidenden mit der Feder in der Hand, im Jahre 1902 verbrachte ich mehrere Monate in der ersten nach neuen Grundsätzen geleiteten Nervenheilstätte größeren Umfangs, „Haus Schönow" bei Zehlendorf, und jetzt drei Jahre hindurch bin ich als Praktiker tätig, als welcher ich mit einer größeren Zahl Nervenkranker der verschiedensten Art und aus allen Berufskreisen in ständigem Verkehr gelebt und unter ihnen über 100 Männer zu heilsamer Betätigung, besonders in Werkstatt und Garten, angeregt und geleitet habe.

Mit so großer Genugtuung Möbius auf die Gutachten einer Reihe führender Nervenärzte blicken und sie publizieren konnte, so drängte sich ihm doch schon zu gleicher Zeit die Klage über „Mißverständnisse und Abneigungen mancher nicht sachverständigen Kollegen und Laien" und über die „öde Gleichgültigkeit, an der er sich wie an einer Mauer stoße", in die Feder. Im Jahre 1903 wiederholte er dieselbe Klage, wie er „oft da, wo er es suchte (das

war doch wohl nicht bei den nächstbesten!), nur wenig Verständnis gefunden" habe. Übereinstimmend damit verzeichnet der erste Praktiker, der Ingenieur Grohmann in Zürich, als eine Hauptschwierigkeit „die Befangenheit vieler Ärzte in der Denkweise langbestehender Schulen". Bei anderen Ärzten — besonders vielen praktischen Ärzten — liege eine große Gleichgültigkeit vor für alle Angelegenheiten, die das Schicksal von Nervenkranken betreffen. „Es gehöre nicht in ihr Fach." Auf Grund meiner persönlichen Erfahrungen muß ich Möbius und Grohmann ganz beipflichten, und so ist es nötig, daß die Mißverständnisse und Abneigungen einmal genauer gekennzeichnet werden.

Das hervortretendste und schwerwiegendste Mißverständnis ist die falsche Deutung dessen, was die Reformer unter der „rechten Arbeit" als Hauptheilmittel verstehen. Es besteht vielfach die Auffassung, als werde eine Umformung der Sanatorien zu „Arbeitshäusern" angestrebt, womöglich noch unter gänzlicher Nichtachtung oder doch mit unberechtigt weitgehender Verdrängung der bisher üblichen Therapie, oder man meint doch, daß in praxi die Reform schließlich darauf hinauslaufen werde. So sage ich denn hier kurz und deutlich: es ist nicht wahr, daß wir das Heilmittel kurzweg in der nützlichen Muskelarbeit sehen, so sehr diese in vielen Fällen die ausschlaggebende Rolle spielen kann. Wir sehen das Heilmittel in der Regelung der Tätigkeit, das ist des gesamten Tuns und Lassens im Bereiche des Körperlichen und des Seelischen. Diese Regelung kann im Einzelfalle zeitweise auf das Verordnen der größtmöglichen Ruhe hinauskommen und in manchen Fällen die völlige Ausschaltung muskulärer Anspannungen während der ganzen Kurzeit erfordern. Im übrigen sollen alle vertrauenswerten Mittel arzneilicher und physikalisch-diätetischer Art als Hilfsmittel dienen.

Daß ein solches Mißverständnis aufkommen konnte, kann ich ja wohl verstehen, aber geradezu verblüfft hat mich folgendes Erlebnis: Ich habe zwei verbündeten Sanatoriumsärzten vergeblich die maßgebenden Schriften in die Hand gegeben, ich habe in wiederholten Besprechungen die Sache vergeblich klar gelegt, die Herren erfaßten den Kern einfach nicht oder hielten ihn wenigstens nicht fest. Im Verkehr mit Nervenleidenden ist mir so etwas nie begegnet.

Ein die Reformbestrebungen sonst unterstützender wohlbekannter Nervenarzt äußerte sich mir gegenüber brieflich, den Kranken fehle es meist nicht an Arbeit zu Hause. Nun, das denke und hoffe auch ich. Es soll auch gar nicht und sicher einmal nicht in erster Linie auf die Bedürfnisse törichter Müßiggänger Rücksicht genommen, sondern den in einseitiger oder übermäßiger Berufsarbeit Erlahmten soll durch angemessenen Wechsel der Organtätigkeiten sicherer und nachhaltiger geholfen werden.

Ein anderer Nervenarzt, der damals Assistent bei Erb war, sagte mir: besser als in Sanatorien sei die Bereitstellung körperlicher Arbeitsgelegenheiten in den Städten. Die sollten die nervös gewordenen Kopfarbeiter neben und nach ihrer täglichen Berufsarbeit aufsuchen und als eine Quelle der Regeneration benutzen. Dieser Auffassung mußte ich widersprechen. Denn sie übersieht die so wichtige und nötige Ausschaltung falscher Tätigkeit, wie sie in den meisten Fällen der Beruf und die Familie mit sich bringen. Wenn einer unter nervösen Beschwerden seinem Berufe noch nachkommen und in der Familie verbleiben kann, dann regeneriert er sich, so weit möglich, am besten durch viel Ruhe, Bäder, Spazierengehen und eventuell ganz leichten Sport. Der heilsame Effekt körperlicher Arbeit ergibt sich bei erkrankten Kopfarbeitern nur dann, wenn daneben nur wenig andere und jedenfalls regulierbare Anforderungen an den Organismus gestellt werden. Die ganze Berufslast bedeutete da immer ein Übermaß.

Endlich bedeutete mir ein Sanatoriumsleiter, die „Arbeitstherapie" solle jetzt Mode werden! Weit gefehlt! Die Reformer wollen der allein rationellen Behandlung allgemeine Wertschätzung und Eingang verschaffen, wodurch dann auch ein gewisses Modetreiben, von dem die Therapie bisher nicht frei war, überwunden oder doch eingeengt würde.

So weit die Mißverständnisse, wie ich sie vorgefunden habe. Wo Mißverständnisse walten, muß auch Abneigung vorhanden sein. Es läßt sich aber auch das Bestehen von Abneigungen annehmen bei vorhandenem, wenn auch nicht vollen, so doch keimenden Verständnis.

von Strümpell sagt, die größte Schwierigkeit sehe er in dem Auffinden der fähigen leitenden Persönlichkeiten. Das ist sehr richtig, und es ergibt sich daraus, daß Sanatoriumsärzte, die nicht ausreichend Qualitäten zur gedeihlichen Leitung einer Reformheilstätte in sich tragen, der Neuerung vielfach abgeneigt sein müssen.

Weiterhin erfordert die Einführung und Pflege der Arbeitsbehandlung materielle Opfer, für deren Aufwand, vorerst wenigstens, keine entsprechenden Einnahmen zu erwarten sind. Dieser Umstand ruft überall da Abneigung hervor, wo man auf hohe Einkünfte hält oder wo Anstalten sich schlecht rentieren.

Schließlich führt die Arbeitsbehandlung bei der Mehrzahl der Patienten ganz von selbst zu einer gewissen Aufklärung, ja, ihre gedeihliche Verwertung erfordert die Aufklärung. Nicht wenige Ärzte sehen

aber in der Aufklärung einen Kunstfehler und sei es nur deswegen, weil dadurch die gebräuchlichen Kurprozeduren des suggestiven Anteils ihrer Wirksamkeit mehr oder minder verlustig gehen. —

Gewichtiger als Mißverständnisse und Abneigungen sind die wirklichen Schwierigkeiten, wie sie bestanden haben und zum guten Teil noch auf lange hinaus bestehen werden.

Vor allem: es fehlte an ausreichender Klarheit über Gestaltung und Verwertung der Arbeit als Heilmittel. Trotz vielfachen Überlegens wollte es Möbius nicht gelingen, einen genügend bestimmten detaillierten praktischen Vorschlag zu machen. Wie er sich die Ausführung der Idee etwa gedacht hat, das werden wir weiter unten sehen. Zuvor aber will ich hier betonen und registrieren, wie er beim Suchen nach einer Lösung sich die Mithilfe anderer erbat, und besonders, daß er die Praktiker nicht übergangen hat. So im Jahre 1894, als er „zur Erörterung der Angelegenheit" angeregt haben wollte, so im Jahre 1896, als er „für jeden Rat dankbar" sein zu wollen erklärte, und so besonders im Jahre 1898, als er als „Wanderprediger" auf der Neurologen-Versammlung zu Baden-Baden das Wort zu folgenden Sätzen nahm: „Der Gegenstand ist neu, und nur wenige Erfahrungen liegen vor. Hier ist besonders von Leitern der (agrikolen) Irrenanstalten einerseits, von denen der privaten Nervenheilanstalten andererseits Förderung zu erwarten. Wir anderen sind doch mehr Theoretiker, die praktischen Erfahrungen jener Herren aber müssen verwertet werden. Möchten sie geneigt sein, Vorschläge zu machen und zu besprechen."

Hier muß nun festgestellt werden, daß aus den Kreisen, auf die Möbius zunächst seine Erwartungen setzte, all die Jahre hindurch keine Förderung der Reformbestrebungen erfolgte, weder in Werken, in gelungener Einführung der als richtig anerkannten Behandlungsgrundsätze in einem nur einigermaßen respektablen Umfang, noch durch eine einen wirklichen Fortschritt (in positivem Sinne) darstellende literarische Arbeit. Wohl verzeichnete eine Reihe von privaten Sanatorien in ihren Prospekten bald die Aufnahme der „Beschäftigungstherapie" (nomen delendum!) als Kurfaktor, wie es aber in der Wirklichkeit darum bestellt war, das können wir (im Jahre 1898) schon von Möbius hören: „Mehrere Besitzer von Privatanstalten haben mir versichert, sie hätten es (mit Einführung der Arbeit) versucht, es wäre aber sehr schwer. Zwar gelinge es, einige Patienten zum Arbeiten zu veranlassen, und bei diesen seien dann die Erfolge vorzüglich; aber die meisten seien gänzlich abgeneigt, weigerten sich überhaupt zu arbeiten, oder laufen doch bald wieder davon."

Eine Bestätigung aus späterer Zeit (1904), und zwar eingehender gehalten, brachte mir ein unerwarteter Brief eines Sanatoriumsleiters. Ich teile daraus mit: „Soeben habe ich die Lektüre Ihres Buches über Nervenheilstätten usw. vollendet und möchte nicht verfehlen, Ihnen meine volle Zustimmung für Ihre Ausführungen zu geben. Ich habe mich bereits seit 1896 in meinen Anstalten bemüht, nutzbringende Arbeit als Heilmittel anzuwenden. Zum Teil habe ich gute Erfolge gehabt, aber auch mancherlei Enttäuschungen erlebt. Vor allem aber habe ich bisher, trotz aller Mühe, niemals eine geeignete Persönlichkeit gefunden, die die Fähigkeit hatte, die Kranken in geeigneter Weise zur Arbeit zu bringen. Auch der Versuch (nach den Mißerfolgen mit Handwerkern!), jüngere Kollegen zu diesem Zwecke heranzuziehen, mißglückte vollständig, und ich selbst bin ärztlich so sehr beschäftigt, daß eine Hilfskraft lediglich für die Arbeitstherapie nötig gewesen wäre. Gefunden habe ich, wie gesagt, eine solche bisher nicht und schließlich habe ich nach und nach resigniert und meine Bestrebungen auf das geringste Maß reduziert, d. h. ich riet diesem und jenem zur Gartenarbeit, schrieb die Arbeitsdauer vor und verwies die Kranken an meinen Obergärtner. Mancher fiel ab, recht bald, aber andere beschäftigten sich doch und hatten bald ihre Freude daran. Für Versicherte war die Bezahlung der Arbeit mit zehn Pfennig pro Stunde ein guter Antrieb."

Zur besseren Würdigung dieses Berichtes bemerke ich dazu, daß Möbius den Briefschreiber als eine der geeignetsten Persönlichkeiten bezeichnete und daß die lokalen Verhältnisse keineswegs ungünstige sind.

Welches ist nun so recht eigentlich der Grund des Versagens der privaten Nervenheilanstalten und der Irrenanstalten? Diese Frage möchte ich um so mehr zu beantworten suchen, als ich dem Aufsatze M. Laehrs eine mir bis dahin unbekannt gewesene interessante Tatsache entnehme, die ich denn auch hier festlege: „Wie die Nervenheilanstalten in den sechziger Jahren sich allmählich aus den Irrenanstalten entwickelten, so ist auch die Beschäftigung der Kranken als ein wertvolles Behandlungsmittel von den Irrenanstalten in die neuen Nervenanstalten mit herübergenommen worden. Aber doch nur in bescheidenem Umfang, ohne rechte Weiterentwicklung, vielfach bei Seite gedrückt durch andere moderne Behandlungsformen, mögen sie Kaltwasser-, Mast-, Diät-, Elektrizitäts-, Freiluft-Kuren oder ähnliches mehr heißen."

Wenn von seiten der Irrenanstaltsleiter keine Förderung zu verzeichnen ist, so erklärt sich dieses vor allem aus dem bestehenden großen Unterschied zwischen Nervenschwachen und dem in Irrenhäusern vertretenen Patientenmaterial. Dieser Verschiedenheit entsprechend hat eben auch das Arbeiten ganz verschiedene Bedeutung: bei den Nervenschwachen soll es als Heilmittel, als Medikament während einer höchstens monatelangen Kurzeit geboten und geübt

werden, bei den Insassen der Irrenanstalten dient es in erster Linie zu geordneter Lebensführung, zu einem nach Möglichkeit nützlichen Daseinsverlauf. Die Vergegenwärtigung dieses Unterschiedes läßt schon das Schwierigere der Gestaltung der Nervenheilstätten erkennen und anerkennen. Zudem: wie oft mag ein lediglich Nervenleidender, ein Neurasthenischer, sich einem praktischen Irrenarzt präsentieren? Schon selten zu einer bloßen gelegentlichen Beratung, noch weit seltener als Behandlungsobjekt durch freiwilligen Eintritt in die Irrenanstalt. Ohne aber dauernd und intensiv Neurasthenische beobachtet und sich mit ihnen beschäftigt zu haben, ist es kaum möglich, Vorschläge über deren Lebenshaltung in Heilstätten, besonders in der Richtung des Tätigseins, zu machen.

Eher als von den Irrenanstalten, sollte man meinen, wären von den privaten Nervenheilanstalten ergiebige Vorschläge zu erhoffen gewesen. Wir sahen ja auch oben, daß der Hinweis auf die Arbeit wenigstens bei einzelnen Patienten auf fruchtbaren Boden gefallen und daß der Segen der Arbeit auch nicht ausgeblieben ist. Aber die Geneigtheit, Anstelligkeit und Selbstleitung einiger weniger genügte nicht, um aus der Beobachtung von deren Verhalten in und gegenüber der Arbeit die Gesetze der Arbeitstherapie zu erkennen. Hierzu wäre das Entstehen und dauernde Bestehen einer (leidlich guten) Organisation Voraussetzung gewesen, wie es sich aber nur beim Zusammentreffen günstiger Bedingungen ergeben konnte, die da sind:

1. das Vorhandensein einer genügend großen Zahl von Fällen, die der Arbeitstherapie gute Angriffspunkte bieten;
2. unter dieser als belebende Elemente die Anwesenheit einiger besonders geschickter Patienten mit stark ausgeprägter Fähigkeit zur Selbstleitung;
3. das Vorhandensein wenigstens einigermaßen tauglicher, grobe Mißgriffe und Taktlosigkeiten vermeidender anleitender Kräfte;
4. ein Arzt mit warmem, auch durch Mißerfolge hindurch dauernden Interesse für die Sache.

So weit meine Übersicht über die privaten Sanatorien reicht, dürfte in nicht wenigen Fällen keine einzige der genannten Vorbedingungen erfüllt sein. Was insbesondere die Erfüllung der Bedingungen 1 und 2 betrifft, so ist dazu folgendes zu beachten: Die Nervenanstalten ernsten Charakters sind zum Teil angegliederte offene Abteilungen geschlossener Anstalten für Gemütsleidende, zum anderen Teil dienen sie nicht lediglich dem angegebenen Zweck, sondern sie beherbergen zugleich oft recht zahlreich vertretene andersartige Kranke (Magen- und Herzleidende, Diabetiker usw.). So sind sie denn Institute mit ausgeprägtem Krankenhauscharakter, die eben deswegen von der Elitetruppe unter den funktionell Nervenleidenden, den mobileren und zur Aktivität geneigten unter ihnen, instinktiv gemieden werden. Ist auch einmal die Zusammensetzung des Patientenmaterials zu einer gegebenen Zeit dem Versuch zur Einführung der Arbeitstherapie günstig, so tritt darin doch von einer Woche zur anderen dermaßen eine Änderung ein, daß die Ansätze zu einer Arbeitsorganisation wieder verloren gehen oder doch bedeutungslos werden.

Die oben aufgeworfene Frage ist kurz und bündig dahin zu beantworten: die Irrenanstalten und privaten Nervenheilanstalten haben deswegen versagt, weil deren Leiter aus ihrer Praxis heraus gar keinen oder doch so gut wie gar keinen Vorsprung vor dem Theoretiker Möbius hatten. — (Fortsetzung folgt.)

(Aus der inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses zu Mainz.)

Beitrag zur progressiven Paralyse im Kindesalter.

Von Dr. *Hans Curschmann*, dirigierender Arzt der Abteilung.

Die Zahl der sicheren Fälle von progressiver Paralyse im Kindesalter hat sich, seitdem die Erb-Fourniersche Lehre von der parasyphilitischen Natur der Paralyse allgemeine Anerkennung erworben hat, überraschend schnell vermehrt. Während man früher, wie das auch Oppenheim ausführt, die Diagnose der Paralyse im Kindesalter intra vitam überhaupt nicht zu stellen wagte, ist die Zahl der zum Teil auch autoptisch sichergestellten Fälle von Kinderparalyse nach der Zusammenstellung von Fröhlich auf 83 Fälle gestiegen. Ohne mich mit der von Fröhlich, Alzheimer u. a. eingehend behandelten Kasuistik beschäftigen zu wollen, möchte ich im folgenden kurz über einen charakteristischen Fall berichten, der durch zwei Punkte besonderes Interesse erwecken kann, 1. durch auffallend rasche

Progression nach einem Trauma und 2. durch das Resultat der Lumbalpunktion.

Adolf H., 13 Jahre, Tagelöhnerssohn von M.

Vorgeschichte: Vater stets gesund gewesen, will vor der Geburt des Kindes, auch beim Militär, nie venerisch infiziert gewesen sein, gibt aber eine extra matrimonium erfolgte gonorrhoische Infektion zu. Er ist Potator und im Rausch gewalttätig, bedrohte z. B. seine Frau mit dem Messer. Die Mutter war als Mädchen stets gesund, angeblich sehr solide, lange Jahre „herrschaftliche Köchin", sie abortierte beim ersten Partus im siebenten Monat, die drei folgenden Kinder starben früh an „Zahnkrämpfen", einige sollen Ausschläge gehabt haben. Das fünfte (unser Patient) und sechste Kind waren bei der Geburt gesund, das sechste ist es bis jetzt auch geblieben und hat sich geistig und körperlich sehr gut entwickelt*).

Unser Patient, von der Mutter gestillt, hat sich in den ersten Jahren vorzüglich entwickelt, war ein aufgewecktes Kind, „die Freude aller Leute" und gedieh körperlich stets gut, nach bestimmter Aussage der Mutter soll er nie an Ausschlägen und Geschwüren gelitten haben. Mit sechs Jahren kam er in die Schule und lernte in den ersten zwei bis drei Jahren sehr gut, Rechnen, Schreiben und Lesen in gleicher Weise. Er soll stets folgsam, reinlich und artig gewesen sein. Im dritten Jahr des Schulbesuchs begann er ganz allmählich nachzulassen. Er konnte zuerst im Rechnen nicht mit fort, speziell nichts neues lernen, dann begann er auch seine alten Rechenkenntnisse zu vergessen. Später verschlechterten sich auch seine andern Leistungen, das Lesen und vor allem das Schreiben. Schon damals fiel der Mutter auf, daß die Sprache sich veränderte, daß er öfter „stotterte". Seine Leistungen wurden allmählich so schlecht, daß er in eine Hilfsschule für Schwachbegabte getan werden mußte. Aber seine Lernfähigkeit war auch diesen sehr geringen Anforderungen so wenig gewachsen, daß er nach einigen Monaten als untauglich auch aus dieser Schule entlassen werden mußte. Inzwischen hatte sich das ganze Wesen und der Charakter des Knaben gegen früher völlig verändert. Er war sehr aufgeregt und unfolgsam geworden, schwatzte beständig, sehr rasch, törichtes Zeug, die Sprache wurde undeutlicher. Er begriff die einfachsten Dinge nicht, steckte alles, was er erreichen konnte, in die Taschen, warf z. B. Geschirr und Haushaltungsgegenstände aus dem Fenster; auch wurde er unrein mit Urin und Fäces. Dabei fehlte ihm jede Krankheitseinsicht, er hielt sich stets für einen sehr braven und gescheiten Buben, für viel gescheiter als seinen Bruder. Vor $1^1/_2$ Jahren erlitt er einen Unfall, fiel die Treppe herunter. Seit dieser Zeit datiert die Mutter die starke oben geschilderte Verschlimmerung. Während er vor dem Unfall nur für sehr dumm, geistig schwach galt, wurde er nun „ganz wirr" und verblödete enorm rasch. Die geschilderte Geschwätzigkeit, die törichten Streiche und die Unreinheit entwickelten sich erst nach dem Unfall derart, daß der weniger scharf beobachtende Vater die ganze Erkrankung auf den Unfall zurückführen möchte. Dabei blieb der Appetit und die Nahrungsaufnahme stets gut, ebenso der Schlaf. Dementsprechend war die körperliche Entwicklung bis zuletzt ziemlich normal. Erst in der letzten Zeit begann Pat. schlecht zu schlafen, trieb auch nachts allerlei Unfug. Deswegen erfolgte mehrmals Aufnahme ins Spital.

Status: Mittelgroßer, dem Alter entsprechend entwickelter Knabe. Hirnschädel: ziemlich kleiner asymmetrischer Langkopf, niedrige Stirn. Gesichtsschädel: proportional dem Hirnschädel entwickelt. Zähne gut, auch an den oberen Schneidezähnen keine Andeutung von Hutschinsonschen Veränderungen, Ohren sehr groß, Ohrläppchen nicht angewachsen. Hornhäute ohne Narben. Ohren o. B., am ganzen Körper keine Zeichen von manifester oder überstandener Lues.

Die inneren Organe, Herz, Lungen und Bauchorgane frei von Veränderungen. Nervensystem: Hirnnerven, spez. Fazialis und Hypoglossus normal. Augen: Pupillen leicht different, $R > L$, rechte Pupille deutlich entrundet, bei beiden Pupillen fehlt bei Belichtung (auch bei künstlichem Licht) jede Spur von Verengerung, manchmal Andeutung von paradoxer Reaktion in Gestalt von Erweiterung bei Belichtung. Bisweilen „springende Pupillen". Normale Konvergenzreaktion. Keine Lidschlußreaktion. Schmerzreaktion des Dilatator pupillae beiderseits undeutlich. Sämtliche äußeren Augenmuskeln intakt; kein Nystagmus, kein Strabismus (Pat. hat auch früher nie über Doppelsehen geklagt). Augenhintergrund: Pupillen normal, keine Neuritis, keine Atrophie.

Motilität: Auffallend sind die mannigfachen gleichseitigen, oft auch kontralateralen Mitbewegungen, die alle intendierten Bewegungen, auch das Sprechen begleiten; Neigung zur Stereotypie, bes zum Klatschen in die Hände. Beim Sprechen Zucken und Zittern der Gesichtsmuskeln. Sonst ist die Beweglichkeit

*) Auch die Untersuchung beider Eltern zeigte weder Residuen von Lues noch Symptome von Tabes oder Paralyse.

und grobe Kraft in Rumpf- und Extremitätenmuskulatur normal, der Gang nicht auffällig (außer durch Mitbewegungen) gestört.

Bei befohlenen feineren Bewegungen der Hände traten erstens eine gewisse koordinatorische Schwäche und zweitens sehr ausgiebige, sofort ohne Ermüdung auftretende streng symmetrische, kontralaterale Mitbewegungen hervor. Geringes Zittern der ausgestreckten Hände. Rombergsches Phänomen fehlt.

Sensibilität: Feinere Prüfung bei der Unaufmerksamkeit und dem Schwachsinn des Pat. unmögich; eine allgemeine Hypalgesie kann aus der Indifferenz gegen Nadelstiche und kleine Verletzungen, die er sich häufig beibringt, geschlossen werden (sie tritt auch bei der Lumbalpunktion hervor).

Reflexe: Sehnenreflexe der unteren und oberen Extremitäten durchweg gesteigert, Patellarreflexe von den Tibien auslösbar, kein Fußklonus.

Bauchreflexe und Kremasterreflexe sehr lebhaft, beiderseits Andeutung von Babinskischem Phänomen, häufig Babinskistellung der großen Zehen. Remaksches Phänomen negativ.

Oppenheimsches Phänomen negativ.

K. Mendelscher Fußrückenreflex dorsal.

Angedeutet ist auch der Saug- und Freßreflex (Oppenheim und Henneberg) bei Reizung des Gaumens und der Lippen.

Blase und Mastdarm: Psychisch bedingte Incontinenz, häufig Beschmutzung von Kleidern und Bett.

Psyche: Der Allgemeineindruck ist der einer schweren expansiven Störung. Patient ist beständig sehr animiert und euphorisch, er schwätzt, besonders auf Anreden, sehr viel und sehr rasch, zeigt dabei starke Neigung zur Stereotypie und zu Wiederholungen, er knüpft an einzelne Worte und Begriffe ähnlich klingende Worte und Redensarten an. Die Stimmung ist sehr gehoben und für seine kindlichen Begriffe entschieden megalomanisch, er betont beständig, daß er ein braver Bub, der bravste von allen Buben der Welt und von Mainz wäre, „ich bin ein sehr gescheiter Bub, der gescheitste Bub in der ganzen Schule, ich bin so gescheit, daß ich schon mit dreizehn Jahren aus der Schule entlassen werden konnte". „Ich bin den ganzen Tag zu Haus und helfe meiner Mutter, die auch den ganzen Tag zu Haus ist, bei allen Arbeiten" (während er in Wirklichkeit nicht zu der kleinsten Handreichung fähig ist). Durch entsprechendes Zureden steigern sich seine megalomanischen Vorstellungen und Aussprüche immer mehr und nach den verschiedensten Richtungen.

Das Erinnerungsvermögen für früher Erlebtes, sowie für jüngst Vergangenes ist ganz schlecht. Die elementaren Schulkenntnisse sind erloschen. Der 13jähr. Pat. kennt weder den Namen des Kaisers noch des Großherzogs von Hessen. Die Kenntnisse der Lokalgeographie sind vergessen. Den Namen des Schulpfarrers weiß er nicht mehr. Vom Datum hat er keine Ahnung, behauptet, es wäre (statt Sept.) Juli. Das Ablesen der Uhr ist ihm nicht mehr möglich. Vom Vaterunser bringt er nur noch einzelne Worte vor, wie „Vater, Himmel, unsre Schuld", ohne sie verbinden zu können.

Das Rechnen ist bis auf einige Reste des kleinen Einmaleins ganz schlecht: $2 \times 2 = 4$, $2 + 2 = 3$, $3 + 6 = 12$, $6 + 3 = 15$ etc.

Es besteht also ein hoher Grad von Schwachsinn auf intellektuellem Gebiet.

Auch auf ethischem Gebiet bestehen starke Störungen. Der früher brave Knabe plündert mit Vorliebe die Nachtkästchen der Mitpatienten, er verschleudert, was er genommen hat, weiter. Er ist unrein in jeder Beziehung. Dabei ist er im ganzen sehr gutmütig und für den Augenblick leicht zu fixieren und zu bändigen.

Sprachstörungen typischer Art sind vorhanden in Gestalt von Stolpern und Schmieren. Schwierigere Worte (wie Mastochsenmetzger, Flanelllappen) werden total verstümmelt. Die Schrift ist ganz schlecht und unleserlich und zittrig, bei Diktat werden Worte und Silben ausgelassen; meist tritt eine grobe Stereotypie zu tage, indem Pat. immer seinen Namen schreibt.

Zur Sicherung der Diagnose wurde noch die Lumbalpunktion gemacht. Der klare Liquor zeigte deutliche Vermehrung des Albumens. Im Sediment findet sich starke Lymphozytose; im Gesichtsfeld (Ölimmersion Okular I) 15 bis 25 Lymphozyten, keine polynukleären Zellen. Der Flüssigkeitsdruck des Liquor ist nicht gesteigert.

An der Diagnose der progressiven Paralyse kann nach dem vorliegenden Befund wohl kein Zweifel sein. Die charakteristischen somatischen Symptome, komplette Lichtstarre der Pupille, allgemeine Sehnenreflexsteigerung mit den Symptomen des Hemmungsfortfalls für sensible Reflexe (Babinski, Oppenheim, Henneberg), Inkoordination bei Bewegungen, kontra- und homolaterale Mitbewegungen des zerebralen Typus und die artikulatorische Sprachstörung waren in typischer Weise vorhanden.

In psychischer Beziehung waren der zuerst langsam progredierende Schwachsinn, die euphorische expansive Stimmung mit vollständigem Fehlen des

Krankheitsbewußtseins, die zahlreichen und wechselnden megalomanischen Äußerungen, schließlich die hochgradige allgemeine Demenz und vollständige Veränderung der intellektuellen und ethischen Persönlichkeit von diagnostischer Bedeutung.

Den endgiltigen Beweis für den paralytischen Charakter der Erkrankung liefert das Resultat der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis: die Eiweißvermehrung und die Lymphozytose desselben.

In Bezug auf die Ätiologie des Leidens mag das Fehlen eines sicheren Nachweises für eine hereditäre oder früh erworbene Lues, die sich sonst bei infantilen Paralytikern meist konstatieren läßt, auffallen und vielleicht manchen Leser diagnostisch beirren.

Aber einerseits sprechen einige Züge in der Anamnese der Eltern (Vater Trunkenbold, extramatrimonielle Tripperinfektion, Mutter ein Abort, frühes Sterben der darauffolgenden drei Kinder) für die Möglichkeit, daß auch Lues bei ihnen vorgekommen sein könnte. Andrerseits ist bekannt, wie außerordentlich schwer es bei Kindern — das Fehlen typischer Residuen der Lues vorausgesetzt — oft ist, den Ursprung der luetischen Infektion festzustellen. Es sind da nicht selten ganz komplizierte Infektionswege zu entwirren, wie folgende zwei Beispiele aus meiner Heidelberger Assistentenzeit zeigen mögen:

Bei einem Kind mit Tabes dorsalis war die Anamnese der Eltern absolut frei von Lues, auch ihre Untersuchung ergab weder luetische Residuen noch Zeichen von Tabes oder progr. Paralyse. Da stellte sich bei genauer Nachforschung heraus, daß der Pat. als vierjähriger Knabe sich beim Spielen mit der Tabakpfeife eines luetisch erkrankten Knechts einen Lippenschanker und Sekundärerscheinungen zugezogen hatte, wegen deren er, wie sich dann ergab, in der Universitätskinderklinik auch antisyphilitisch behandelt worden war.

In einem anderen Falle von Kindertabes handelte es sich um das Kind eines Tabikers. Der ätiologische Zusammenhang schien also klar. Es stellte sich aber heraus, daß das kleine Mädchen gar nicht das eheliche Kind dieses späteren Tabikers war, sondern außerehelich geboren, von der Mutter in die Ehe gebracht worden war. Die Mutter negierte aber Lues und hatte auch keinerlei organische oder nervöse Symptome derselben. Da ergab das genaue Recherchement nach dem außerehelichen Vater in einer weitentfernten Stadt, daß dieser, ein Mann der besten Stände, zur Zeit der Zeugung des Kindes in der Tat an Syphilis gelitten hatte. Nun erst lag der Fall ätiologisch klar.

Diese beiden Beispiele mögen genügen, um zu zeigen, wie schwierig bisweilen die anamnestische Feststellung einer luetischen Infektion im Kindesalter ist. Zugleich können sie dafür sprechen, daß man eben in Fällen von „paraluetischen" Erkrankungen der Kinder, wie auch in dem unserigen, nicht immer diesen ätiologischen Faktor feststellen kann, auch wenn er vorhanden ist, und daß man sich deshalb durch den mangelnden Nachweis der Lues nicht von der Diagnose der progr. Paralyse und Tabes abbringen lassen darf, wenn die klinischen Symptome geschlossen für diese Diagnose sprechen.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Deutscher Verein für Psychiatrie.** Vorläufige Mitteilung. Die nächste Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie wird am 24. und 25. April 1908 in Berlin stattfinden.

Es sind folgende Referate vorgesehen:

I. Endzustände der Dementia praecox. Ref.: Bleuler-Zürich und Jahrmärker-Marburg.
II. Psychiatrische Wünsche zur Strafrechtsreform. Ref.: Cramer-Göttingen.

An Vorträgen sind bisher angemeldet:

1. Alt-Uchtspringe: Die Heilungsaussichten in der Anstalt.
2. Brodmann-Berlin: Der gegenwärtige Stand der histologischen Lokalisation der Großhirnrinde.
3. Birnbaum-Herzberge: Über kurzdauernde Wahnbildungen auf degenerativer Basis.

Weitere Anmeldungen werden erbeten an San.-Rat Dr. Hans Laehr in Zehlendorf-Wannseebahn, Schweizerhof.

Die endgültige Einladung erfolgt Ende März.

Anfang Dezember 1907.

gez.: Der Vorstand.

Referate.

— Ernst Jentsch, Zum Andenken an Paul Julius Möbius. Halle, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 1907. 26 S. Mit einem Bildnis.

J. vergegenwärtigt seinen Lesern die wissenschaftliche Bedeutung des ausgezeichneten Gelehrten, indem er, den Studiengang und die rein medizinischen Schriften des Verstorbenen kurz berührend, die tiefer führenden Hauptwerke nach Entstehung, Inhalt und gegenseitigem Zusammenhang eingehend bespricht.

Mercklin.

— C. Moeli, Die in Preußen gültigen Bestimmungen über die Entlassung aus den Anstalten für Geisteskranke. Halle, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 1906. 44 S.

Die Zusammenstellung und gründliche Erörterung der vorhandenen Bestimmungen durch einen so berufenen Autor muß den Dank aller Beteiligten, zunächst der Anstaltsärzte finden. M. bespricht 1. die allgemeinen Bestimmungen über die Entlassung, 2. die Mitwirkung des gesetzlichen Vertreters bei der Entlassung (Entmündigung, Pflegschaft), endlich 3. diejenigen Fälle, wo der Zustand und das Vorleben des Kranken eine Beteiligung der Behörde bei der Entlassung fordert. Hier werden die durch die letzten Ministerialerlasse geschaffenen Verhältnisse ins Auge gefaßt und die Möglichkeiten erwogen, welche bei einer anderen Ordnung der Sicherheitsmaßregeln, namentlich bei der Übertragung des Entscheides an eine andere Stelle hervortreten würden. Die Entscheidung über die Entlassung in die Hand des Gerichts zu legen, kann nicht empfohlen werden. Über den Wegfall der Gemeingefährlichkeit urteilt am besten der behandelnde Arzt. Bisweilen fehlt ihm jedoch die eingehende Kenntnis der früheren Verhältnisse. Daher käme eventuell eine besondere Behörde mit dem Rechte der Zeugenvernehmung in Betracht. Je mehr indes das Entlassungsverfahren sich den strengen Formen eines Prozesses nähert, desto umständlicher wird es, desto mehr tritt Verschleppung ein. Es empfehle sich daher möglicherweise, das umständlichere Verfahren nur auf eine besondere Gruppe der Gemeingefährlichen, die eigentlichen Verbrechernaturen anzuwenden, deren erkennbare Trennung von den übrigen Kranken, für welche M. auch hier entschieden eintritt, sich dann noch mehr als notwendig erweisen werde. Mercklin.

— E. Siefert, Über die Geistesstörungen der Strafhaft, mit Ausschluß der Psychosen der Untersuchungshaft und der Haftpsychosen der Weiber. Halle, C. Marhold Verlagsbuchhandlung, 1907. 233 S.

Verfasser, dem als Leiter der Beobachtungsstation für geisteskranke Gefangene in Halle a. S. ein großes Material zur Verfügung steht, bringt in lebendiger Darstellung beachtenswerte Beiträge zu den schwebenden Fragen eines wichtigen Gebiets. Zwar erklärt er, nur ein klinisches Gesamtbild der männlichen Haftpsychosen in großen Umrissen zeichnen zu wollen, doch bringt er weit mehr, indem auch die Fragen der Zwangserziehung, der Verbrecherbehandlung und -Fürsorge im Text und in den an den Schluß gestellten Leitsätzen besprochen werden. Unter seinen 87 Fällen fand S. verhältnismäßig selten die von ihm sog. „echten“, aus inneren Ursachen entstehenden Psychosen (Epilepsie, progressive Demenz, Katatonie, alkoholische, senile, paralytische Formen), zur Strafhaft nur in lockeren Beziehungen stehend, sondern vorwiegend die „degenerativen Haftpsychosen“, d. h. vielgestaltige, aus degenerativer Anlage erwachsene Formen (hysteriforme, paranoide, querulierende, halluzinatorisch-paranoische u. a.), Produkte von Anlage und äußerer Einwirkung in intimstem Zusammenhang mit den Schädlichkeiten der Strafhaft stehend, durch Wechsel der Umgebung in hohem Grade beeinflußbar. Eine Gefängnispsychose im Sinne einer klinischen Entität erkennt S. nicht an.

Wenn auch manche Formulierung von S. zum Widerspruch reizt und man finden wird, daß er öfters zu schnell generalisiert, so bleibt dadurch doch der Wert dieses frisch geschriebenen Buches unangetastet, das anregend wirkt, indem es unter neuen Gesichtspunkten zur Weiterforschung auffordert und Reformen verlangt. Es ist nur zu wünschen, daß auch Juristen Kenntnis von dieser Arbeit nehmen. Mercklin.

— K. Wilmanns, Zur Psychopathologie des Landstreichertums. Leipzig 1906.

An der Hand von 52 sehr ausführlichen Krankengeschichten untersucht Verf. die Beziehungen zwischen dem Landstreichertum und geistiger Erkrankung, spec. der Dementia praecox. Er weist nach, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (32 von 52) eine Geistesstörung bereits bei Beginn der vagabundierenden Lebensweise bestand, sodaß letztere demnach als Folge geistiger Erkrankung anzusehen ist. Ob auch umgekehrt das Landstreichertum den Ausbruch einer Dementia praecox bewirken kann, will Verf. nicht mit Bestimmtheit entscheiden, er vermutet aber einen solchen Zusammenhang in einzelnen Fällen schon in Rücksicht auf die vielen Schädlichkeiten, die mit der Vagabondage verknüpft sind (Entbehrungen, Alkoholmißbrauch, Einzelhaft u. dergl.). Nach eingehender Besprechung der Kriminalität der Landstreicher weist Verf. noch darauf hin, daß so häufig nicht bloß von Richtern, sondern leider auch von Ärzten ganz deutliche krankhafte Geisteszustände bei Landstreichern verkannt werden und verlangt deshalb mit Recht eine möglichst gründliche psychiatrische Ausbildung der beteiligten Ärzte. Durch 16 farbige Tafeln werden die voraufgehenden Ausführungen in übersichtlicher Weise erläutert.

Tomaschny-Treptow a. R.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Beiblatt zu Nr. 38
der Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift
14. Dezember 1907.
Red.: Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz, Schlesien.
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. Halle a. S.

Liste unbekannter Geisteskranker. Nr. 47.

Am 25. August 1906 wurde im Kainower Walde, Kreis Trebnitz die nachstehend abgebildete unbekannte Frauensperson aufgefunden. Am folgenden Tage mußte sie als geisteskrank in das Malteserkrankenhaus zu Trebnitz untergebracht werden. Sie gibt an, Agatha Cerwinzunka, manchmal auch Cerwinska zu heißen und aus Guri zu stammen, sie sei 24 Jahr alt (obgleich sie wie eine etwa 45jährige aussieht), Eltern und Brüder seien gestorben, sie lebe allein zu Hause und habe sich verlaufen. Auf weitere Fragen antwortet sie: Ich weiß nicht. Mit Guri scheint sie Kobyligora (Posen) zu meinen. Sie kann weder lesen noch schreiben. Sie spricht polnisch in posenschem Dialekt, und kann einige kleine katholische Gebete hersagen. Tracht ländlich-polnisch; der Zustand der Kleidung ließ schließen, daß die C. wochenlang im Freien zugebracht hatte. Größe 1,59 m, Haar schwarz, Stirn niedrig, Augenbrauen schwarz Augen grau, Nase gewöhnlich, Mund klein, Zähne oben lückenhaft, unten vollständig, Kinn rund, Gesicht rund, Gestalt gedrungen. Bekleidung: graugelber wollener Rock, ebensolche Jacke, Barchent-Unterrock, Barchent-Hemd, buntes wollenes Kopftuch, Lederschuh.



Angaben, welche zur Ermittelung der Herkunft dieser Unbekannten dienen, wolle man unter IIa Un 6/12 an den Landarmenverband von Schlesien zu Breslau richten.

Neunter Jahrgang. **Nr. 39. 1907.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der hiesigen, mit der psychiatrischen Klinik verbundenen Landesheilanstalt (Heilanstalt für Geisteskranke) ist die Stelle eines

Volontärarztes

alsbald zu besetzen. Demselben kann, neben freier Station, eine Vergütung von jährlich 600 M., sowie bei nachgewiesener preußischer Staatsangehörigkeit und Verpflichtung auf 1 Jahr, eine ministerielle Remuneration in gleicher Höhe in Aussicht gestellt werden. [1093

Bewerbungen werden unter Beifügung d. Approbation, eines Lebenslaufs und etwaiger Zeugnisse an den unterzeichneten Direktor erbeten.

Marburg, den 10. Dezbr. 1907.

Prof. Dr. **Tuczek**,
Geheimer Medizinalrat.

An der Psychiatrischen und Nervenklinik zu **Greifswald** ist eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Gehalt M. 900 und freie Station. Bewerbungen erbeten an die Direktion. [1095

Bekanntmachung.

An der **Landes-Heil-** und **Pflege-anstalt Rittergut Alt-Scherbitz** bei **Schkeuditz** (Eisenbahn Halle-Leipzig) ist die

Volontärarztstelle

frei und möglichst bald wieder zu besetzen. Gehalt 1800 M neben vollständig freier Station. Bewerbungen unter Beifügung eines Lebenslaufes und von Abschriften der Approbation wie etwaiger Zeugnisse werden an den Direktor Geheimen Sanitätsrat **Dr. Paetz** erbeten.

Im Ctr. des vornehmsten W. Vorortes von Berlin, ist ein mit der **Konzession zum Betriebe einer Irrenanstalt** versehenes Grundstück (geeignetes Anstaltsgebäude mit grösserem Park) **baldmöglichst** unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre: **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

An der Königl. Nervenklinik zu **Halle a. S.** ist die Stelle der

ersten Pflegerin

zum 1. Januar oder etwas später zu besetzen. Hauptsache ist gute Kenntnis in der Irren-Krankenpflege und Befähigung, die Oberin zeitweise zu vertreten. Gehalt 600 M. und Dienstkleider.

Gesuche sind an die **Direktion der Klinik** zu richten.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 39. 21. Dezember. 1907.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Sanatorien für Nervenleidende und die „Arbeitstherapie".

Von *G. Chr. Schwarz*, technischer Leiter in Dr. Woringers Sanatorium, Schirmeck i. Els.

(Fortsetzung.)

Grohmann.

Die erste und lange Zeit alleinige Persönlichkeit, in der sich ernster und anhaltender Wille mit hohem Können vereinigte und die die Sache selbständig und gleich praktisch angriff, war ein Nichtmediziner, der schon oben erwähnte Ingenieur Grohmann. Sein Auftreten geht noch vor die Möbiusschen Veröffentlichungen zurück und die durch letztere hervorgerufene Bewegung verallgemeinerte und steigerte die Erwartungen auf die Bekanntgabe des von Grohmann erzielten Ergebnisses und der von ihm gewählten Mittel und Wege. Indes, weil Einrichtungen und Patientenmaterial nicht zu einander paßten — statt der nervenschwach Gewordenen erhielt Grohmann von den Ärzten fast nur Psychopathen, Schwachsinnige und ausgeprägt Geisteskranke zugewiesen —, so war dem ersten, seit 1893 in bescheidenem Umfang bestehenden „Beschäftigungsinstitut für Nervenkranke" keine gedeihliche Entwicklung beschieden, sein Wert liegt vorwiegend darin, eine Experimentierstätte gewesen zu sein. Die im Jahre 1899 in Schriften niedergelegten Resultate kommen weit mehr den „Defektmenschen", wie Grohmann seine früheren Schutzbefohlenen des öfteren nennt, als den Nervenschwachen zu gute, und wer für letztere daraus Nutzen ziehen wollte, der durfte auf dem Gebiete kein Neuling und mußte kritisch veranlagt sein. War es so durch einen Unstern Grohmann nicht beschieden, klare feste Normen für die Lebensführung nervös Erkrankter in Heilstätten zu geben, so ermahnte er doch auch in unbefriedigter und selbst pessimistischer Stimmung zu weiterem Probieren und Studieren, und besonders: in Erkenntnis der Schwierigkeiten wollte er die gute Sache vor Diskreditierung durch uneinsichtige Praktiker und gar durch bloße Geschäftemacher bewahrt wissen.

„Statt daß mir ein Dutzend Ärzte der Nachbarschaft die rechten Patienten zuwiesen, schickten mir hundert aus halb Europa die verkehrten", schrieb Grohmann einmal an mich. Ich muß sagen, ich konnte mich seiner Zeit bei der Lektüre von Grohmanns Buch nicht genug über derartige Zuweisungen verwundern. Psychopathen, Schwachsinnige und moralisch Defekte, die in erster Linie der ärztlichen Zucht und der Ordnung des Lebens, also eines Pädagogiums bedürfen, lediglich durch Darbieten von Beschäftigungen wieder ins Geleis bringen zu wollen, das ist eine vielfach aussichtslose Sache. Woher diese Mißgriffe? Möbius wenigstens hatte es doch an Deutlichkeit nicht fehlen lassen, daß er an die chronisch Ermüdeten (siehe „Bemerkungen über Neurasthenie") dachte, daß er hauptsächlich für die nervenschwach gewordenen Lehrer, Beamten, Kaufleute (siehe „Bemerkungen über Riegers Gutachten") das Heilmittel der rechten Arbeit bereitet haben wollte. Wenn ich bei Determann wörtlich lese, zu seinem Erstaunen habe er die Leute in der Arbeit wohler gefunden als in der Ruhe, und (noch im Jahre 1905) bei Veraguth, die besten Objekte der Arbeitstherapie seien die erworbenen, aus Überarbeit entstandenen Neurasthenien, so paradox dies klingen möge: so dienen mir solche Aussprüche als Beweise dafür, wie sehr die herkömmlichen Anschauungen dem Erfassen der Möbiusschen Absichten und Forderungen entgegen waren. Ermüdete auch noch arbeiten lassen, diese neue Forderung vermochten viele offenbar wenigstens nicht dauernd festzuhalten, und so schickten sie, vielleicht auch nur um sicherer zu gehen, „geeignetere" Fälle zu Grohmann, Leute, die den arbeitenden Insassen der Irrenanstalten nahe standen, — und so wars gerade verfehlt.

In der Geschichte der Reformbewegung hat das

Scheitern des Grohmannschen Unternehmens die Bedeutung, daß die von Anbeginn an Skeptiker Gewesenen vorerst „Recht" behielten, daß bei anderen an Stelle zuversichtlicher Erwartung ein gewisser Pessimismus Platz griff und daß ein Mann von besonderer Eignung und Hingabe eine Reihe seiner besten Jahre mehr oder weniger „nutzlos" geopfert hatte.

Entwicklungsgang des Heilstättenplanes bei Möbius.

Möbius hatte die in Hinsicht der Arbeitspflege vorgeschrittenste Irrenanstalt, das zwischen Leipzig und Halle gelegene Rittergut Alt-Scherbitz, sozusagen ständig vor Augen. Der Anblick des sich dort abspielenden Tuns und Treibens hat bei ihm sicherlich dem Entstehen und Verfolgen der Idee, Nervenleidenden in ähnlicher Weise zu Hilfe zu kommen, Vorschub geleistet. Aber bezeichnender Weise fühlt und erkennt er gerade bei seinem ersten Hinweis (1894) auf die rechte Arbeit als Hauptheilmittel die Verschiedenartigkeit der für funktionell Nervenleidende zu schaffenden Arbeitsorganisation von der für Geisteskranke bestehenden am deutlichsten. Unter dem frischen Eindruck seines scharfsinnigen Theoretisierens lehnt er die landwirtschaftliche Irrenanstalt als zu nehmendes Vorbild ausdrücklich ab mit dem alleinigen Zugeständnis: „Gewiß, manche landwirtschaftliche Beschäftigung paßt auch für sogenannte Gebildete, die Gärtnerei vermag einige oder mehrere zu beschäftigen, aber das reicht bei weitem nicht aus", bekennt andererseits: „Ich habe mir die Sache vielfach überlegt, kann aber bestimmte Vorschläge nicht machen", gibt aber den sehr gewichtigen Fingerzeig: „Vielleicht ließen sich diese oder jene Betriebe einrichten, die teils Kopf-, teils Muskelarbeit forderten", was, ins Theoretische übersetzt, so viel sagen will als: bei den geistig regsamen und empfindlichen, dazu meist vor andersartige als die Berufsarbeit zu stellenden Nervenleidenden heißt es den psycho-physischen Parallelismus wohl zu beachten und ihm in besonderer Weise Rechnung zu tragen. Im Jahre 1895 bekennt sich als erster Krafft-Ebing zu Möbius und denkt sich die Zukunftssanatorien „als ländliche Kolonien mit Garten-, Feldbau, Viehwirtschaft und Werkstätten für einzelne Gewerbe, ausgerüstet im übrigen mit allen Hilfsmitteln der Heilkunst". Das wirkte auf Möbius im Sinne einer Schiebung der (erst abgelehnten) agrikolen Irrenanstalt zu so weit wenigstens, daß er für beide Anstalten die gleiche Basis gelten läßt, ja für notwendig erachtet (vergl. die Flugschrift vom Jahre 1896). Für die Entfaltung des tätigen Lebens, unter der Betriebsleitung eines Inspektors oder Pächters neben dem Arzt, gilt ihm als Richtschnur: Auswahl und Einschränkung der Beschäftigungen, und im übrigen werde erst die Wirklichkeit, der Versuch dartun können, was alles brauchbar sei. Die kritische Bemerkung Erbs, der Plan bedürfe in seiner Art der Ausführung noch sehr eingehender Überlegung und Durcharbeitung, erkennt Möbius als sehr richtig an. Er wolle das Seinige tun, und man möge ihm mit Rat zur Seite gehen. In den (späteren) „Bemerkungen über Riegers Gutachten" teilt Möbius mit, der Kloster-Gedanke habe ihn zu dem Plane der Nervenheilstätte geführt. Ausdrücklich hält er an dem Landgute fest, im übrigen solle die Nervenheilstätte das geistige Gepräge eines weltlichen Klosters erhalten. Beides wird verständlich und erhält gewisse Berechtigung, indem wir jetzt von Möbius erfahren, daß er neben dem Hauptkontingent der krankhaft Ermüdbaren auch andere Bedürftige aufnehmen will, Hypochonder mit nur wenig ausgeprägtem Paranoia-Charakter, Kranke mit leichter wiederkehrender Melancholie, mit Defekt Geheilte, die nicht mehr in die Irrenanstalt passen, und ganz besonders jugendliche Entartete, die wegen ihres Schwachsinnes bei keiner Tätigkeit ausharren, jeder Verführung unterliegen. Auf diesem Standpunkt ist Möbius ganz oder doch im wesentlichen stehen geblieben, mit der Anerkennung und dem Zugeständnis freilich: „Schwierig wird die Beschäftigung der Nervenkranken immer sein, aber ich weiß nichts besseres, als was ich vorgeschlagen habe."

Hierzu an dieser Stelle nur eine Bemerkung und im Anschluß daran zwei Fragen!

In der Flugschrift vom Jahre 1896 sagt Möbius: „Schon vorhandene Vereinigungen könnten die Sache in ihrem eigenen Interesse in die Hand nehmen, z. B. könnten die deutschen Lehrer, oder die Postbeamten, oder die Handlungsgehilfen ohne Bedenken auf den Vorschlag eingehen." Hätte eine solche Vereinigung sich eine Nervenheilstätte geschaffen oder wenn sie es einmal tut, glaubt man da, daß sie jugendliche Entartete und mit Defekt geheilte Geisteskranke gern in ihren Reihen sehen und daß ein Landgut, eine Ackerwirtschaft mit den sich natürlich ergebenden Angliederungen die für ihren Zweck nötige Vorbedingung oder richtige Basis sein wird?

Haus Schönow.

Die erste Anstalt, in welcher die Arbeitstherapie eine sichere Heimstätte und eine stete gedeihliche Entwicklung gefunden hat, ist die im Oktober 1899 eröffnete „Heilstätte für Nervenkranke Haus Schönow"

unweit Berlin. Sie ist ein gemeinnütziges Unternehmen mit sehr guter finanzieller Grundlage und zur Aufnahme von 120 Patienten beiderlei Geschlechtes in getrennten Häusern eingerichtet.

„Haus Schönow" ist kein Landgut, sondern ein Krankenhaus mit genügend großem Terrain und sonstigen Einrichtungen zur Arbeitsbehandlung und mit stark zum Ausdruck kommender Wertschätzung der Arbeitstherapie.

Mehr als die Begründer wohl selbst erwartet hatten, trat „Haus Schönow" von Anfang an als ein in Hinsicht der Arbeitspflege Gelingendes ins Dasein. Und dies nicht allein trotz des Fehlens eines bestimmten Vorbildes, sondern auch bei einer erstandenen kritischen Literatur, die mehr Negatives als Positives geboten hatte.

Das Gelingen erklärt sich:

a) im allgemeinen, weil Einrichtungen und Patientenmaterial zueinander paßten (im Gegensatz zum Grohmannschen Unternehmen);

b) im besonderen durch die Erfüllung der an früherer Stelle angeführten nötigen Vorbedingungen.

Hierunter bemerke ich, daß über das unbedingt Erforderliche hinaus ein Mehr vertreten, resp geboten war

1. in der Summe natürlichen Geschickes, die durch den Zusammentritt von Kranken aus allen Berufsständen zur Stelle war und auf alle Arbeitszweige belebend wirkte,
2. in der mannigfaltigen und intensiven Arbeitsanleitung und Anregung, geboten von geschickten und uneigennützig wirkenden Damen der Gesellschaft, die der Frauenabteilung zu gute kam,
3. — last not least — in dem allgemeinen Organisationstalent des Chefarztes und der Vorsicht und Entschlossenheit, mit der dieser an seine besondere Aufgabe herantrat.

In der Erstellung der Betätigungsfelder steht der Entwicklungsgang

während der ersten drei Jahre vorwiegend unter dem Zeichen der Wahl und Erprobung geeignet erscheinender, resp. befundener Arbeitszweige und des Bereitens der nötigen Mannigfaltigkeit,

vom dritten und besonders vom vierten Betriebsjahr (1903) ab, da sich „bestätigt hatte, daß es nicht nur auf die Schaffung einer Beschäftigungsgelegenheit, sondern mehr noch auf die richtige Anleitung und beständige Anregung ankommt", mehr unter dem Zeichen des Ausbaues der inneren Organisation und damit der durchgreifenderen Verwertung der Arbeitszweige.

Die von Grohmann gewählten und besprochenen Arbeitszweige (besonders Gärtnerei, Tischlerei, Modellieren und Zeichnen) wurden zum Ausgang genommen. Eingehenderer Prüfung wurden unterzogen

a) für beide Geschlechter: Gartenarbeiten, Modellieren, Zeichnen und Malen, Buchbinden und Papparbeiten, Laubsäge-, Schnitzmesser- und Holzbrandarbeiten, Photographieren. Dazu als Übergangsarbeit Schreibhilfe im Bureau,

b) für Männer allein: Hobelbank- und Drehbankarbeiten, Eisenarbeiten. Anlegen und Registrieren naturwissenschaftlicher Sammlungen (Schmetterlinge, Käfer),

c) für Frauen allein: Haus- und Küchenarbeit (Kartoffel- und Gemüseputzen), verschiedene Handarbeiten in Nähen, Sticken, Stricken und Phantasiearbeiten künstlerischer Art nach erprobten Modellen, Bürstenbinderei.

Als ständig betriebene, festorganisierte Betätigungsfelder haben sich ergeben

a) für beide Geschlechter: Gartenarbeit. Schnitzmesser-, Buchbinder- und Papparbeiten, diese aber vorwiegend für Männer;

Hilfeleistung im Bureau, aber nur als Übergangsarbeit betrieben und vorwiegend für Männer;

b) für Männer allein: Tischlerarbeiten;

c) für Frauen allein: Haushaltungs- und die gedachten Handarbeiten. Bürstenbinderei.

Im Anschluß verzeichne ich die Errichtung eines Bienenstandes im vierten Betriebsjahr. „Das durch Vorträge und Demonstrationen gehobene Interesse an der Bienenwirtschaft war unter den Kranken ein recht lebhaftes."

Zu eingehender Information dienen die ausführlichen Jahresberichte über „Haus Schönow" und die bedeutsamen Aufsätze des leitenden Arztes, des Professors M. Laehr,

„Bemerkungen zur Arbeitsbehandlung Nervenkranker". Zeitschrift für klinische Medizin. 53. Band. Jahrgang 1903.

„Beschäftigungstherapie für Nervenkranke". Wiener klinische Wochenschrift. 1906. Nr. 52.

Hier sei noch festgestellt, daß „Haus Schönow" schon vom ersten Betriebsjahr ab und in der Folgezeit immer mehr sein Augenmerk auch auf die Fürsorge für entlassene oder zur Entlassung kommende Kranke richtete, die sich je nach Lage des Falles erstreckte auf

Geldunterstützung,

Verschaffen von Verdienstgelegenheiten und Erteilenlassen von Unterricht zur Erlernung neuer Berufe, Vermitteln geeigneter Stellen,

Behalten einzelner in der Heilstätte für eine Reihe von Monaten als Gehilfen in einzelnen Betrieben (Garten, Bureau) gegen freie Station.

„Haus Schönow" ist eine unter besonders glücklichen Umständen erstandene und in zielbewußten bewährten Händen liegende Heilstätte, eine Hochburg fortschrittlicher Behandlungsweise und weitergreifender Fürsorge für Nervenleidende. Die Anstalt erregt wachsende Aufmerksamkeit im In- und Auslande und sie wird in ihrer Gesamtwirksamkeit so leicht nicht erreicht, geschweige denn übertroffen werden.

(Fortsetzung folgt.)

(Aus der inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses zu Mainz.)

Beitrag zur progressiven Paralyse im Kindesalter.

Von Dr. *Hans Curschmann*, dirigierender Arzt der Abteilung.

(Schluß.)

Unter den anamnestischen Momenten möchte ich noch kurz auf die rasche Progression der Paralyse nach dem Trauma, das wohl eine leichte Commotio cerebri zur Folge gehabt hatte, hinweisen. Die Frage der traumatischen Entstehung der Paralyse ist ja ein viel diskutierter Gegenstand unserer Unfallskasuistik. Von autoritativen Stimmen ist vor allem E. Mendel zu erwähnen, der sich für das Trauma als wesentlichen ätiologischen Faktor ausgesprochen hat. Es ist wohl auch sicher, daß ein Trauma den Ausbruch der progr. Paralyse beschleunigen kann, daß es den Agent provocateur für die schlummernde paraluetische Disposition zur Paralyse bilden kann. Es wirkt dann durch molekulare Veränderungen oder gröbere Störungen in der Zellstruktur oder schließlich durch kleinste Kontinuitätstrennungen, Blutungen etc. in akuter Weise ebenso, wie die Abnutzung und der Aufbrauch (Edinger) in allmählicher Arbeit.

Sehr oft wird es aber sich — genau wie bei den meisten Fällen von „traumatischer" Tabes — verhalten, daß dem Trauma mehr oder weniger deutliche Prodromalerscheinungen des Latentstadiums vorausgehen, die von den Laien bona fide übersehen oder anders — nicht mit dem spätern schweren Leiden zusammenhängend — gedeutet werden. So auch in unserem Fall. Für den weniger scharf beobachtenden Vater war der oben geschilderte intellektuelle Rückgang des bisher gut begabten Knaben noch nicht „krankhaft". Erst mit dem Trauma, nach dem das Leiden einen schwer expansiven Charakter annahm, begann für ihn die Krankheit. Trotzdem ist nach der Anamnese mit größter Sicherheit anzunehmen, daß sich die ruhige Demenz schon zwei bis drei Jahre vor dem Unfall allmählich entwickelt hat.

Gerade bei Kindern wird sich das Stadium des intellektuellen Rückgangs besonders deutlich markieren, deutlicher oft als bei erwachsenen Paralytikern, die in den eingefahrenen Geleisen einer die Verstandestätigkeit und die Aufnahme und Verarbeitung neuen Lernstoffs wenig beanspruchenden Berufstätigkeit — auch wenn diese anscheinend an Geist und Gedächtnis beträchtliche Anforderungen stellt — dahinleben. Es ist ja eine bekannte Tatsache, wie lange Paralytiker z. B. als Beamte, Offiziere, auch Schauspieler ihren Beruf versehen können, ohne allzusehr zu versagen. So kannte ich einen paralytischen Operettensänger, der sein ganzes altes Repertoire von großen Rollen noch tadellos beherrschte, aber allerdings zum Neulernen einiger Coupletstrophen über vierzehn Tage brauchte. Beim Schulunterricht der Kinder, vor allem beim Rechnen, müssen die ersten Spuren des Rückgangs, wie auch in unserm Fall, ganz besonders auffallen und besonders sichere anamnestische Anhaltspunkte liefern.

In dem Symptomenbild der psychischen Störung verdient vielleicht noch der Inhalt der megalomanen Ideen kurze Beachtung. Er entsprach in sehr charakteristischer Weise dem Vorstellungskreis des Schulbuben. Er hatte keine Reichtümer, war nicht Kaiser oder Leutnant, er war nur der „allerbravste Bube von Mainz", der „gescheitste Bube der ganzen Schule", so gescheit, „daß er schon mit dreizehn Jahren mit der Schule fertig war".

Das Phantastische, grob exzedierende der erwachsenen Paralytikerseele fehlt hier noch, entsprechend dem Mangel an Erlebnissen und dem beschränkten Interessenkreis des Elementarschülers, der noch nicht bis zum Indianerroman vorgedrungen ist.

Schließlich bedarf noch das Resultat der Lumbalpunktion einiger Worte. Der Wert der Lymphozytose des Liquor cerebrospinalis als diagnostisch entscheidendes Merkmal für Tabes und Paralyse ist in der letzten Zeit etwas angefochten worden, da Merzbacher und nach ihm noch andere Autoren Lymphozytose im Liquor auch bei nicht nervenkranken Luetikern — vor allem auch bei hereditärer Lues — fanden.

In unserem Fall möchte ich das positive zytologische Ergebnis für diagnostisch absolut beweisend halten darum, weil es unter allen Umständen die Diagnose der Lues — ob frisch oder schon paraluetisch wirkend, ist gleich — sichert. Der volle klinische Symptomenkomplex tat dann ein übriges, um die Beurteilung der Lymphozytose und damit ihre diagnostische Bedeutung zu sichern.

Die Differentialdiagnose des Falles gegenüber einer gewöhnlichen Imbezillität, einer Idiotie, einer zirkulären Psychose oder einer besonders früh einsetzen-

den Dementia praecox zu besprechen, erübrigt sich wohl bei der Klarheit des Symptomenkomplexes. Nur einen kurzen differentialdiagnostischen Hinweis möchte ich nicht versäumen, auf gewisse seltene Fälle, die meines Erachtens noch zu wenig in der differentialdiagnostischen Diskussion der Paralyse berücksichtigt worden sind: nämlich auf die Fälle, bei denen nach schweren Schädeltraumen, Erschütterungen neben leichten Herderscheinungen einseitige oder doppelseitige Pupillenstarre entsteht und bleibt; diese Fälle können auch mit posttraumatischer Demenz verlaufen, so daß ein der Paralyse nicht unähnliches Bild entsteht. — Die traumatische Pupillenstarre ist in den letzten Jahren Gegenstand eifriger Diskussion geworden, besonders in lokalisatorischer Hinsicht (Dreifuß, Hoche u. a.). Immerhin ist die Zahl der sicheren Fälle eine noch recht geringe. Ich möchte, ohne in die Diskussion des Sitzes der traumatischen Pupillenstarre eingreifen zu wollen, nur in differentialdiagnostischem Interesse kurz auf den von mir beobachteten Fall eines ca. sechsjährigen Knaben hinweisen, der ebenfalls Pupillenstarre (einseitig), Demenz, Sprachstörungen und Veränderungen der motorischen Koordination aufwies, also ein Zustandsbild, das wohl mit dem unseres paralytischen Knaben Ähnlichkeit hat.

Sechsjähriger Knabe, vorher völlig gesund, Eltern frei von Lues oder paraluetischen Erscheinungen, geistig bis zum Trauma völlig intakt, erlitt einen schweren Sturz auf den Kopf; langdauernde Bewußtlosigkeit, danach halbseitige Parese, die bis auf Reste rasch zurückgeht. Mit dem Trauma verändert sich der Knabe psychisch, wird schließlich ganz dement, zeigt auch Veränderungen des Ganges, Taumeln; augenscheinlich oft Schwindel.

Objektiv fand sich rechts reflektorische Lichtstarre (bei nicht sicherer Konvergenzreaktion), leicht ataktische Störungen in den Beinen, rechts stärker als links, auch koordinatorische Störungen in den Händen. Sprachstörungen, halb aphasischer, halb artikulatorischer Art, Reflexsteigerungen; R. sicherer Babinski, L. angedeutet. Dazu grobe Demenz ohne besonders expansiven Charakter. Keine Zeichen von Lues.

Das Momentbild des Falles erinnert mithin entschieden an das unseres Paralytikers. Nur die Entstehungsweise, das Fehlen aller Prodrome, direktes Entstehen aller Symptome aus dem schweren zerebralen traumatischen Komplex unter Zurückbleiben einiger traumatischer Herdsymptome unterscheidet die beiden Fälle bindend. Immerhin möchte ich glauben, daß der differentialdiagnostische Hinweis, den der eben geschilderte Fall enthält, auch für die Diagnose der Paralyse des erwachsenen Alters nicht ohne Belang ist. Gerade für die Paralyse des Kindesalters, dessen psychischer Symptomenkomplex ja nicht selten weit ärmer und inhaltsloser ist, als in unserm Fall, möchte ich ihn aber für besonders berücksichtigenswert halten.

Mitteilungen.

— **Neustadt i. Holstein.** Der Provinzial-Ausschuß hat die Errichtung einer Poliklinik an der hiesigen Provinzial-Irrenanstalt genehmigt. Die Behandlung wird nur auf ärztliche Anweisung gewährt und erstreckt sich auf sämtliche elektrisch-therapeutische Maßnahmen, wie elektrische Vollbäder, Glühlichtbäder etc., außerdem werden Röntgenuntersuchungen übernommen.

— **Gesellschaft deutscher Nervenärzte.** Erste Jahresversammlung in Dresden, am 14. und 15. September. Herr Oppenheim-Berlin begrüßte die Versammlung und beleuchtete in kurzen Worten die Gründe, die zu ihrer Begründung geführt haben. Anwesend waren 152 Teilnehmer.

Vorträge:

1. Herr Neißer, Stettin: „Die Hirnpunktion". Vortr. schildert die Technik des von ihm erfundenen Verfahrens.

Anwendungsgebiete: 1. bei Hämatomen. Er hat nach Entleerung von alten und frischen Blutergüssen wiederholt prompte Besserungen gesehen, gelegentlich lebensrettend gewirkt.

2. Bei Zysten. Auch bei diesen hatte gelegentlich schon die Punktion heilende Wirkung oder sie machte sie der Operation zugänglich.

3. Bei Tumoren tritt der diagnostische Wert der Punktion besonders hervor, wenn eine mikroskopische Untersuchung des hervorgeförderten Gewebsmaterials ausführbar ist.

4. Bei Abszessen. Nach der Diagnose desselben soll wegen der Gefahr plötzlichen Hirntodes immer möglichst sofort operiert werden. Der negative Ausfall der Punktion bei zweifelhaften Fällen ist auch hier oft von größtem Werte.

5. Ventrikelpunktion als Ergänzung der Lumbalpunktion zur Feststellung des Hydrocephalus. Sie ist hierbei ein durchaus ungefährlicher Eingriff und wirkt sehr erleichternd auf die Drucksymptome, ist auch wiederholt im selben Falle ausführbar.

Nach Anführung einer Anzahl charakteristischer Fälle fügt Vortr. hinzu, daß die Nebenwirkungen geringfügig sind und bei heilbaren Patienten noch nie Schaden angerichtet wurde. Er selbst hat nur zwei-

mal bei hoffnungslosen Patienten (großen Tumoren) schweren Kollaps, resp. Tod infolge der Punktion erlebt.

2. Herr Krause, Berlin: „Chirurgische Therapie der Gehirnkrankheiten mit Ausschluß der Geschwülste." Vortr. behandelt zuerst die Epilepsie und zwar in Form der Jacksonschen. Diese ist entweder traumatischer Natur oder Reflexepilepsie oder Jacksonsche Epilepsie, zum Beispiel im Anschluß an zerebrale Kinderlähmung. Bei einem fünfzehnjährigen Mädchen fand sich in dem primär an den Krämpfen beteiligten Armzentrum dicht unter der Hirnrinde eine große encephalitische Zyste, nach deren Beseitigung schwere Epilepsie heilte und die verblödete Kranke wieder zu einem normalen Menschen wurde. Weiter können porencephalische Zysten angeborener oder sekundärer Natur die Ursache einer Epilepsie bilden, auch solche Fälle sind von K. mit Erfolg operiert worden. Bei narbigen Veränderungen der Gehirnoberfläche verspricht die Operation keinen Erfolg.

Die letzte Gruppe umfaßt jene Form der Jacksonschen Epilepsie, wo sich bei der Operation keine oder keine wesentlichen Abnormitäten am Gehirn und seinen Häuten finden. In diesen Fällen führt K. die Exzision des primär krampfenden Hirnzentrums aus bis zur weißen Substanz, nachdem er es durch elektrische Reizung genau lokalisiert hat. Die zunächst nach diesem Eingriff eintretenden Lähmungen und sensiblen Störungen gehen wieder zurück.

K. bespricht weiter die Ergebnisse, die er bei der einpoligen faradischen Reizung der Rinde bekommen hat und demonstriert die bei 18 Menschen festgestellten Foci der verschiedenen Körpermuskeln. Sie liegen sämtlich in der vorderen C.-W.

Zum Schlusse geht er auf Beobachtungen ein, in denen die Erscheinungen auf eine solide Geschwulstbildung in der hinteren Schädelgrube hinwiesen, die Operation aber meningitische Zysten ergab, und erwähnt schließlich noch eine bestimmte Form des Hydrocephalus internus, die hauptsächlich den vierten Ventrikel betrifft und zu einer Punktion desselben Anlaß geben kann. Selbst die Eröffnung des vierten Ventrikels würde K. eventuell zur Beseitigung eines Zysticercus in demselben für technisch ausführbar halten.

Diskussion.

Herr Oppenheim macht ergänzende Mitteilungen zu dem Referat des Herrn Krause und stellt einen Kranken als geheilt vor, bei dem die Symptome eines Tumor cerebeli durch zwei Zysten im Kleinhirn bedingt waren, die auf operativem Wege entleert wurden.

Herr Auerbach hält das Neißersche Verfahren für keinen ganz harmlosen Eingriff. Kleine Knochensplitter sind gelegentlich bei der Bohrung in das Gehirn hineingedrückt worden. Die Chirurgen ziehen die breite Eröffnung vor. In Frankfurt pflegen sie unter lokaler Anästhesie erst eine kleine Inzision und dann mit der Doyenschen Hand-Fräse eine kleine 0,5 cm große Trepanationsöffnung zu machen. Von dieser aus kann man nach verschiedenen Richtungen hin punktieren, kann dabei sehen, ob die Dura pulsiert, kann Nadeln mit weiterem Lumen anwenden und besser Gewebspartikelchen aspirieren, ist an der Auffindung der Punktionsöffnung besonders am Hinterhaupt nicht durch sich kontrahierendes Muskelgewebe behindert und kann den Widerstand der Gewebe gegen die Nadel besser bemessen.

Die Wiederaufnahme der Rindenexzision bei Jacksonscher Epilepsie hält er für ein großes Verdienst des Herrn Krause.

Die außerordentliche anatomische Variabilität der Hirnwindungen und Furchen kann A. bestätigen, dieselben lassen die elektrische Bestimmung der Zentren als die einzig zuverlässige Methode erscheinen.

Herr Pfeiffer: Durch die Neisserschen Punktionen sind im wesentlichen flüssige Substanzen festgestellt worden; für die Diagnose solider Tumoren wendet er eine etwas dickere und abgestumpfte Punktionsnadel an. Von fünf seiner zur Operation gekommenen Fälle sind drei als vollkommen geheilt zu betrachten, in einem sind in letzterer Zeit wieder Druckerscheinungen aufgetreten, der fünfte kam fünf Monate nach der Operation zum Exitus. In letzter Zeit hat er noch in zwei weiteren Fällen mittels Hirnpunktion eine genaue Lokaldiagnose stellen können, die durch Operation bestätigt wurde.

Herr Rothmann: bestätigt nach seinen Erfahrungen an Affen, daß die vordere Zentralwindung leichter faradisch erregbar ist. Das elektrisch reizbare und das krampfauslösende Gebiet darf nicht ohne weiteres identifiziert werden, wie ja gerade die vielen Mißerfolge bei der Operation der Jacksonschen Epilepsie beweisen. Er warnt vor zu häufiger Reizung der Rinde, vor allem muß bei Auslösung eines Krampfanfalles die Reizung sofort abgebrochen werden, da es sonst zu Todesfällen kommen kann.

Herr Fischer hat bei einem sechsjährigen Knaben 45 Kubikzentimeter Ventrikelflüssigkeit entleert, was der Patient sehr gut vertrug.

Herr Bruns nimmt an, daß in Bezug auf die motorischen Zentren und ihre Lage individuelle Unterschiede bestehen. Er sah mehrmals bei Reizungen dicht an der Medianfurche nur Arm- und Kopfbewegungen, so daß in diesem Falle die Beinzentren wohl im Parazentrallappen lagen.

Herr Redlich glaubt, daß eine strenge Unterscheidung von Jacksonscher und genuiner Epilepsie in Bezug auf die Operabilität nicht getroffen werden kann, selbst die Lähmung braucht mit Rücksicht auf die Tatsache, daß Erschöpfungslähmungen vorkommen, nicht immer strenges Lokalzeichen zu sein. Er sah einen Fall von Jacksonscher Epilepsie mit Beginn in der linken Hand nach einfacher Trepanation ohne Exzision der Rinde heilen.

Herr v. Monakow weist darauf hin, daß in Bezug auf eine günstige Beeinflussung der Jacksonschen Epilepsie die Beinregion sich anders verhält als die Armregion. Er kennt einen Fall, in dem fast die ganze Beinregion abgetragen wurde, ohne jeden Einfluß auf die Jacksonschen Krämpfe, ja ohne daß eine erhebliche Parese des betr. Beines eingetreten wäre. Er mahnt in Bezug auf die Behandlung der Epilepsie durch Abtragung nicht manifest erkrankter Rindenfelder zur Vorsicht.

Herr Oppenheim hat in einer großen Zahl von Fällen die Neißersche Hirnpunktion ausführen

lassen und kann bestätigen, daß sie uns in der Diagnostik größere Sicherheit zu geben vermag. Wenn irgend möglich, wurden die aspirierten Gewebsteile im gehärteten Präparat untersucht. Er erblickt in dem Verfahren einen Fortschritt, der nicht wieder fallen gelassen werden dürfte, doch darf seine Bedeutung nicht überschätzt werden. Wir dürfen die Punktion vor allem nicht beliebig oft bei demselben Patienten ausführen. Er hat den Eindruck gewonnen, daß sie, abgesehen von den etwaigen direkten Folgen, das Gehirn weniger widerstandsfähig gegen die nachfolgende Radikaloperation macht. Er hat in zwei Fällen den Tod nach dem ersten Akt der Trepanation eintreten sehen, wo er nach den übrigen Verhältnissen nicht zu erwarten gewesen wäre.

Herr Neißer (Schlußwort): Natürlich ist bei der Trepanation eine bessere Übersicht zu gewinnen, man kann sie aber nicht beliebig oft anwenden. Die Punktion soll kein chirurgisches Verfahren sein. Bei richtiger Anwendung und Indikation gehört sie in die Irren- und Nervenklinik, wo sie auch bisher die besten Erfolge gehabt hat.

Herr Krause (Schlußwort): Betont die unangenehmen Zufälle bei der Hirnpunktion, die er gesehen. Sie soll im Operationssaal ausgeführt werden, wo nötigenfalls sofort die Trepanation angeschlossen werden kann. Die Ausfallserscheinungen nach Exzision aus der vorderen C.-W. betreffen nicht nur die Motilität, sondern auch alle Qualitäten der Empfindung. Der stereognostische Sinn blieb bei der Wiederherstellung der Funktionen am längsten gestört.

2. Sitzung.

Vorsitzender Herr Erb, Heidelberg.

3. Herr Müller, Augsburg: „Über die Empfindungen in unseren inneren Organen."

Vortr. wendet sich gegen die von chirurgischer Seite aus aufgestellte Behauptung, daß unsere inneren Organe ganz unempfindlich seien und von ihnen nur dann Schmerzen ausgelöst würden, wenn die dort vorliegende Störung in irgend einer Weise auf die peripheren Nerven des zerebrospinalen Systems einwirke. Er weist nach, daß das Kopfweh in der Gehirnsubstanz selbst zustande komme und nicht, wie es allgemein angenommen wird, von den Hirnhäuten ausgehe. Auch von den Lungen ziehen sensible Reize durch die Vagus-Äste nach dem Zentralorgan. Die heftigen Herzschmerzen, wie sie bei der Angina pectoris auftreten, werden vom Herzmuskel selbst ausgelöst. Wenn sich der Magen bei der Operation als unempfindlich erweist, so ist es doch nicht angängig, die von den Kranken auf den Magen lokalisierten Schmerzen auf eine Lymphgefäßentzündung, die sich bis zur hinteren Bauchwand erstreckte und dort sensitive Nerven reizte, zurückzuführen. Vielmehr ist nachgewiesen, daß durch den vermehrten HCl-Gehalt des Magensaftes Magenschmerzen hervorgerufen werden können. Auch die Darm-, Gallstein- und Nierenkoliken kommen sicherlich nicht nur, wie das Lenander und Wilms behaupten, durch Reizung der Bauchwandnerven zustande, vielmehr kommen die sympathischen Nervenfasern dieser Organe für die Schmerzleitung in Betracht; diese stehen durch zahlreiche Rami communicantes und durch die Nervi splanchnici mit dem Rückenmark in Verbindung, dort dringen die Reize durch Irradiation auf die schmerzleitenden Fasern, welche aus den spinalen Nerven kommen, über und werden mit diesen durch die graue Substanz der Hintersäulen zentralwärts geleitet. So ist es zu erklären, daß in den Hautpartien, deren Nerven aus demselben Rückenmarksabschnitt stammen wie die sympathischen Fasern des erkrankten Organes, eine Überempfindlichkeit gegen Schmerzeindrücke besteht. Aus den Untersuchungen des Vortr. geht hervor, daß sich die Sensibilität der Blase und des Mastdarms anders verhält als die des übrigen Darmes und des Magens. Die Tatsache, daß die inneren Organe für Reize, welche wir an der Körperoberfläche empfinden, anästhetisch sind, kann nicht als Beweis für ihre absolute Unempfindlichkeit gelten. Die Sensibilität der inneren Organe richtet sich nach der Art der jeweils in Betracht kommenden Schädlichkeiten. So reagiert das Gehirn auf Intoxikationen, der Magen auf ungeeignete Speisen mit Schmerzen; in den muskulären Hohlorganen lösen erschwerte und verstärkte Tätigkeit und Mangel an Blutzufuhr peinliche Empfindungen aus. Dem Sympathikus fällt die Aufgabe zu, solche Störungen aus den inneren Organen dem zentralen Nervensystem zu übermitteln.

4. Herr Bruns, Hannover: „Die chirurgische Behandlung der Rückenmarkshautgeschwülste." Vortr. spricht zunächst über die pathologische Anatomie, die Form, Größe und den Sitz dieser Geschwülste, dann über ihre Einwirkung auf das Rückenmark, seine Wurzeln und seine Hüllen. Es folgt ein Abschnitt über die Symptomatologie, wobei besonders Rücksicht genommen wird auf die Fälle mit atypischem Verlauf: Fehlen ganzer Symptomengruppen, z. B. der Schmerzen, Änderungen in der Aufeinanderfolge der Symptome u. ä. Vortr. weist mit Nachdruck darauf hin, daß man auch in solchen atypischen Fällen unter Umständen zu einer Operation raten müsse, daß diese dann aber einen explorativen Charakter habe. Immer bleibt die Aufgabe, die Diagnose möglichst so zeitig zu stellen, daß das Rückenmark selbst noch nicht durch Kompression erheblicher geschädigt ist. Differentialdiagnostisch sind besonders Karies der Wirbelsäule, multiple Sklerose, Syringomyelie, Meningitis serosa spinalis in Betracht zu ziehen. Bei der Segmentdiagnose wird besonders der Unterschied zwischen Caudaequina- und Lumbo-dorsalmarkstumoren erörtert. Hervorgehoben wird nochmals, daß die Segmentdiagnose eines Tumors der Häute meist nur eine solche des oberen Randes sein kann. Das Sherringtonsche Gesetz: Versorgung jeder Hautpartie aus mehreren Segmenten besteht noch zu Recht.

Nach Erörterung aller dieser Verhältnisse kommt Vortr. zu dem Schluß, daß die intraduralen extramedullären Tumoren hervorragend günstige Objekte für eine chirurgische Behandlung sind.

5. Herr Cassirer, Berlin: „Die Therapie der Erkrankungen des Caudaequina." Die operative Behandlung der Tumoren hat bisher sehr schlechte Resultate gehabt, bei 24 Fällen in der Literatur scheint

dreimal die Operation zu einem Erfolge geführt zu haben (Rehn, Ferrier and Horsley, Kümmell), in drei weiteren scheint ebenfalls ein günstiges Resultat erzielt zu sein, das wären 25%. In den übrigen 75% keine Heilung, wenn auch in der Mehrzahl vorübergehende Besserung. In mehr als 1/4 der Fälle folgte auf die Operation ziemlich rasch der Tod, oder die Operation konnte nicht zu Ende geführt werden. Die Ursachen dieser Mißerfolge liegen einmal in der Art der Tumoren, die meist bösartig oder multipel waren; noch nicht 20% betreffen relativ gutartige Tumoren. Ferner können die Geschwülste sehr groß werden. Die genauere Höhenbestimmung des Sitzes stößt auf zum Teil unüberwindliche Schwierigkeiten, da Affektionen in verschiedenen Höhen dasselbe Symptombild erzeugen können.

Auch die Diagnose der Art des Leidens macht oft Schwierigkeiten. Von Symptomen ist hervorzuheben, daß die Schmerzen fast stets heftig sind, daß die Achillesreflexe in der Regel früher verschwinden als die Patellarreflexe, daß Anästhesien in radikulärer Verteilung fast nie fehlen. Blasen- und Mastdarmsymptome sind häufig, aber nicht ausnahmslos vorhanden. Trotz aller ungünstigen Momente muß die operative Behandlung, und zwar möglichst frühzeitig, weiter versucht werden, auch bei Wahrscheinlichkeitsdiagnose ist die Vornahme der Laminektomie erlaubt. Einige Sektionsfälle lehren die Möglichkeit der operativen Behandlung auch bei tuberkulöser Erkrankung des Kreuzbeins und der Lendenwirbelsäule.

Ferrier und Ballance brachten einen derartigen Fall operativ zur Heilung. Bei Traumen des in Betracht kommenden Gebietes ist zu berücksichtigen, daß oft spontan weitgehende Besserungen vorkommen, so daß mit der operativen Behandlung jedenfalls abgewartet werden muß. Die Aussichten derselben sind wechselnde: Neben Besserungen ist auch nicht zu selten von einem unglücklichen Ausgang der Operation berichtet worden. Am besten waren die Erfolge noch bei Schußverletzungen.

Diskussion:

Herr Oppenheim bespricht kurz seine eigenen Erfahrungen über Rückenmarkshauttumoren. In zwölf Fällen hat sich die von ihm gestellte Diagnose bestätigt, der Tumor wurde gefunden und konnte in toto entfernt werden. In sechs von diesen Fällen erfolgte Heilung, in einem siebenten hat sich die Besserung bis heute verzögert. In fünf Fällen war der Verlauf ein tödlicher, diese entstammen aber einer früheren Zeit. Die entsprechenden Tumoren werden im Bilde demonstriert.

Herr Sänger hat den von Herrn Cassirer angeführten Fall Kümmells diagnostiziert. Nach Entfernung des Sarkoms der Cauda trat eine Metastase im Dorsalteil ein, die ebenfalls exstirpiert wurde. Patient starb nach 3/4 Jahren. Im zweiten Falle handelte es sich um ein Fibromyxom; nach der erfolgreichen Entfernung durch Sick in Hamburg trat bald der Tod durch Schoc ein. In zwei Fällen konnte er die günstige Wirkung einer Explorativtrepanation sehen, obgleich kein Rückenmarkstumor gefunden worden war.

Herr Nonne hat im vergangenen Jahre fünf Fälle von extramedullärem Tumor diagnostiziert und operieren lassen. In allen Fällen wurde die Geschwulst gefunden und entfernt. Bedauerlich für die Differentialdiagnose ist es, daß auch bei der multiplen Sklerose Schmerzen konstringierender Art vorkommen. Wenn bei einem solchen Fall nur die Erscheinungen der Myelitis dorsalis spastica bestehen, kann die Differentialdiagnose unmöglich werden. Nonne erlebte einen solchen Fall, in dem die Laminektomie keinen Befund ergab und erst die Sektion eine ausgedehnte multiple Sklerose feststellte.

Herr Auerbach: Der Fall von Laquer-Rehn ist nach einer von Herrn Laquer selbst gemachten Mitteilung nicht geheilt geblieben, sondern an einem Rezidiv zu Grunde gegangen. Dagegen ist der Fall von Brodnitz und mir jetzt seit nahezu drei Jahren geheilt. Er ist bis jetzt der größte mit Glück operierte Rückenmarkstumor.

Herr Rothmann weist auf die Echinokokken im Rückenmarkskanal hin. Sie sind außerordentlich selten, am häufigsten noch im Gebiete der Cauda; von Wilms und Reymond sind derartige Fälle operativ in Angriff genommen, wegen ungenügender Entfernung der Echinokokkusblasen aber nicht geheilt worden.

Herr Bruns (Schlußwort): Gummöse Prozesse der Häute sind oft von anderen Tumoren nicht zu unterscheiden. Tumoren am Halsmark geben wegen leichterer Öffnung der Wirbelsäule bessere Aussichten für die Operation.

Herr Cassirer (Schlußwort): Die von Herrn Sänger und Auerbach gemachten Mitteilungen verschlechtern die Aussicht der Operation bei Caudatumoren noch weiter, insofern als sowohl die Fälle von Kümmell als der von Laquer nicht als dauernd geheilt zu betrachten sind. (Fortsetz. folgt.)

Referate.

— Soergel, Hs. Th. und Krause. Jahrbuch des Strafrechts und Strafprozesses. I. Jahrgang. Hannover 1907. Helwingsche Verlagsbuchhandlung.

Das „Recht" gibt seit kurzem ein Jahrbuch des Strafrechts und Strafprozesses heraus, das es seinen Abonnenten dankenswerterweise umsonst zur Verfügung stellt. Was Soergels Rechtsprechung auf zivilistischem Gebiete ist, das soll das vorliegende Jahrbuch auf strafrechtlichem Gebiete sein. Dank seiner großen Zahl wichtiger, vielfach noch nicht veröffentlichter oberamtsrichterlicher Entscheidungen, dank der übersichtlichen Zusammenstellung und Handlichkeit wird das Jahrbuch zweifellos in kürzester Zeit die gleiche Beliebtheit und Verbreitung haben wie die Rechtsprechung Soergels. Soweit die in ihm enthaltenen Entscheidungen auch für die gerichtliche Psychiatrie von Belang sind, werden sie in dieser Wochenschrift mitgeteilt werden. E. Schultze.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. **Nr. 40. 1907.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 40. 28. Dezember. **1907.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen. Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt. Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Wir und die Öffentlichkeit!

Vortrag, gehalten am I. österr. Irrenärztetag in Wien, Oktober 1907, von Dr. *Holub*, nö. L.-A. „am Steinhof".

Hochansehnliche Versammlung!

Wenn ich mich entschlossen habe, an dieser Stelle den angekündigten Vortrag zu halten, so war hierfür einzig und allein die Überzeugung maßgebend, daß die Standesehre der Irrenärzte es unbedingt erfordere, endlich einmal gegen die vielen Verunglimpfungen Stellung zu nehmen, denen sie durch die beständigen Angriffe auf Irrenärzte und Irrenanstalten ausgesetzt ist.

Erwarten Sie von mir, meine Herren, keine formvollendete, keine akademische Erörterung des Themas „Irrenanstalten und Publikum": Dazu ist der Gegenstand viel zu aktuell.

Entschuldigen Sie es auch aus demselben Grunde, wenn ich vielleicht da und dort in den Fehler der Subjektivität verfalle und im Bestreben, zu sagen, was ist, vorbringe, was nur mir so zu sein scheint.

Es liegt ferner in der Natur des gewählten Themas, daß es nicht meine Aufgabe sein kann, wesentlich Neues zum Vortrag zu bringen. Ja, ich muß, sollen meine Ausführungen nicht zwecklos sein, geradezu voraussetzen und wünschen, daß alles Folgende Ihnen selbst schon zu wiederholten malen und bei verschiedenen Anlässen zu Bewußtsein gekommen sei und es nur der Anregung dieses Vortrages bedürfe, um all das, was der einzelne früher teils selbst empfunden, teils von anderen gehört oder irgendwo gelesen hat, wieder ins Gedächtnis zurückzurufen und mit der nötigen Gefühlsbetonung zu beleben, damit die Empfindungen und Erfahrungen des einzelnen zu einer Tat der Gesamtheit sich gestalten.

Meine Herren! Ich bin mir leider keines Widerspruches gewärtig, wenn ich behaupte, daß zur Zeit gegen Irrenanstalten und Irrenärzte noch ausnahmslos ein allgemeines Vorurteil, eine abträgliche Voreingenommenheit besteht. Sie mag hier größer, dort geringer sein, zeitweise weniger auffällig sich äußern, dann wieder wahre Orgien feiern: ganz fehlt sie, wie allgemein bekannt, nimmer und nirgends.

Ja, es ist geradezu unmöglich, aufzuzählen, was man uns und den Irrenanstalten alles schlechtes vorwirft. Entschieden wäre das Gegenteil leichter angeführt, denn es gibt eigentlich keine Lumperei, welche nach der Meinung der großen Menge in den Irrenanstalten nicht zu Hause, von den Irrenärzten nicht praktiziert würde.

Ich habe mir in den letzten Monaten, von der Affaire Odilon angefangen, die Mühe genommen, die Journalausschnitte zu sammeln, welche dieses Thema betreffen.

Obwohl mir in meinem damaligen Dienstorte Mauer-Öhling viele Blätter, wie z. B. die „Zeit" mit ihrem Dr. Burkhardt, nicht zu Gebote standen und ich auch bei der Durchsicht der Journale bloß auf die mitunter etwas ungleichmäßige Unterstützung der Leser angewiesen war, gestaltete sich die Ausbeute leider zu einer sehr reichlichen.

Und was konnte man da nicht alles lesen! In den Tagen der vorzitierten Affaire war es, daß der gewisse Dr. Ellbogen von der Psychiatrie in Österreich schrieb, sie ersetze durch Gefälligkeit, was ihr an wissenschaftlicher Exaktheit mangele, wo er vom „hochnotpeinlichen Verfahren des psychiatrischen Verhörs" sprach und von der „Solidarität der Ignoranz".

Und das, meine Herren, das und noch eine Reihe ähnlicher, ebenso infamer Verdächtigungen durfte er sagen, ohne ein Wort der Erwiderung von seite des begeiferten Standes. Fürwahr, ein deutliches Zeichen unserer Apathie und Schwäche!

Es wäre mir ein leichtes, aus den letzten Monaten noch eine Fülle von „Schandtaten der Psychiatrie" zu konstatieren.

So wurde beispielsweise von der „zweifelhaften Rolle" eines bekannten Anstaltsdirektors gesprochen, der sich quasi zum Schergen höherer Gewalten hergebe, so wurden die harmlosen Fälle Zichy, Schönher usw. in Verdacht erregender Weise vorgebracht u. ä. m. Aber so wirksam eine Aufzählung dieser Dinge auch sein würde, mit Rücksicht auf die beschränkte Sprechzeit muß ich sie mir versagen. Ich will nur noch kurz erwähnen, daß selbst die seltenen Artikel, welche augenscheinlich in wohlwollender Tendenz geschrieben sind, eine derartige Unkenntnis der tatsächlichen Verhältnisse beweisen, daß sie alles eher geeignet erscheinen, als das bestehende Vorurteil abzuschwächen.

M. H.! Ich glaube mit dieser fragmentarischen Aufzählung das eine sicherlich erzielt zu haben, nämlich, daß Sie die Überzeugung gewonnen haben, so dürfe es nicht weiter fortgehen, soll nicht die Öffentlichkeit in uns wirkliche Schädlinge und käufliche Charaktere sehen. Denken Sie daran, was hätte geschehen müssen, wenn im Falle Odilon nicht die öffentliche Gerichtsverhandlung die volle Integrität der psychiatrischen Sachverständigen nachgewiesen und die lichtscheuen Beweggründe der ganzen Quertreibereien aufgedeckt hätte! Erinnern Sie sich daran, daß wir in den Fällen Coburg und Montignoso noch immer als die Bemakelten dastehen, weil nichts geschehen ist, die diffamierenden Verdächtigungen zu entkräften.

Gegen solche Angriffe müssen wir uns also in Zukunft wehren und zwar als Stand wehren. Der einzelne ist in derlei Fällen der Öffentlichkeit gegenüber machtlos, ja gefährdet. Er darf es z. B. nicht wagen, sich den Unannehmlichkeiten einer Zeitungspolemik, dem Risiko eines Gerichtsverfahrens auszusetzen. Nur wo viele, wo der ganze Stand gemeinsam, nicht einer für alle, sondern alle für einen auftreten, dort ist ein Erfolg möglich.

Dieses Solidaritätsgefühl zu wecken, ist ja eine der vornehmsten Aufgaben des heutigen Irrenärztetages, ist auch mit ein Grund zur Erstattung dieses Vortrages.

Haben wir uns erst geeint, stellt jeder nach Kräften sein Wissen und Können in den Dienst der Sache, tut jeder auf seinem Posten seine Pflicht im Kampfe wider das Vorurteil der Menge gegen die Irrenanstalten, dann wird und kann auch der Erfolg nicht ausbleiben, ein Erfolg, der nicht nur uns von dem Mißlichen unserer Stellung befreien soll, sondern der auch unseren Schützlingen zu gute kommen wird.

Und nun, hochansehnliche Versammlung, sei es mir gestattet, auf einen Faktor hinzuweisen, der m. E. vor allem das bestehende mißgünstige Urteil begründen und erklären läßt, auf die Tradition nämlich. Ich glaube, wir dürfen uns im Grunde genommen gar nicht so sehr verwundern, daß die große Menge noch heute in den Irrenanstalten Zucht- und Zwangsanstalten sieht, in denen jede Art von Grausamkeit, Beschränkung und Unfug an der Tagesordnung sind. Denn was durch lange Jahrhunderte hindurch zu Recht bestand, so daß es sich gleichsam ins Allgemeinbewußtsein, in die Volksseele eingenistet und von Generation zu Generation als unumstößliche Wahrheit vererbt hat, was außerdem noch vor wenigen Jahrzehnten seine volle Berechtigung hatte, das kann durch den rapiden Wandel in den letzten Jahren nicht mit einem Schlage zum Schwinden gebracht werden. Diese vererbten Anschauungen, dieser seiner Zeit vollberechtigte Urväterglaube sind es vor allem, welche den günstigen Boden abgeben für all jenes Mißtrauen, das bei jeder Gelegenheit aufs üppigste wieder emporschießt.

Diese im Unterbewußtsein begründete „Volkesstimme" ist es also, welche allen gegnerischen Ausstreuungen so leichtes Spiel schafft und unseren Bestrebungen den langwierigsten und hartnäckigsten Widerstand entgegensetzen wird.

Gegen die „Überlieferung" müssen wir deshalb vor allem zu Felde ziehen, hier heißt es vor allem aufklärend zu wirken, was bisher nicht und nirgends planmäßig geschehen ist, hier gilt es, zu allererst den Hebel anzusetzen und die Öffentlichkeit zu überzeugen, daß ihre vermeintliche Skandalchronik ein Anachronismus, ihr Glaube aber ein Aberglaube sei.

Das kann auf mancherlei Art geschehen.

So wäre es Sache der betreffenden Behörden und Direktionen, dem Publikum möglichst ungehinderten Zutritt in die Anstalten zu gewähren, um ihm Gelegenheit zu bieten, sich selbst zu überzeugen, daß Irrenanstalten keine Mördergruben, Geisteskranke keine Zuchthaussklaven mehr seien.

Daß dies bei geeigneten Anlässen — Festen, Ausflügen, Unterhaltungen — ohne Belästigung der Patienten möglich ist, kann ich aus eigener Erfahrung bestätigen. Mein verehrter früherer Chef, Herr Direktor Starlinger, hat in Mauer-Öhling zweck- und zielbewußt und deshalb mit bestem Erfolge diese Propaganda der Tat geübt.

Aber freilich, die Irrenanstalten besitzen einen zu kleinen Aktionsradius, ihre Wirksamkeit ist zu sehr an die Örtlichkeit gebunden! Da wäre es denn Aufgabe der Ärzte, durch öffentliche, allgemein zu-

gängliche Vorträge, in Wort und Bild, aufzuklären und zu belehren, die Urania in den Dienst der Sache zu stellen u. a. m.

Schließlich wäre als Hauptagitationsmittel die Presse zu benutzen. Ist sie doch die Meinungsmacherin kat' exochen!

Man wird mir wahrscheinlich einwenden, gerade sie sei es, welche unseren Gegnern bereitwilligst ihre Spalten zur Verfügung stelle und so ein Großteil der Schuld an den jetzigen Zuständen trage.

Nun, meine Herren, das ist wohl zweifellos richtig.

Aber man muß dabei bedenken, daß auch die Journalisten gleich dem übrigen Publikum befangen sind von dem, was ich früher das historisch begründete Vorurteil genannt habe.

Sie können deshalb nicht gut anders schreiben als sie es tun. Dann sind Zeitungen im Grunde genommen doch vor allem Geschäftsunternehmen und wer kann es ihnen daher ernstlich übelnehmen, wenn sie dem Sensationsbedürfnis ihrer Abnehmer allzu gerne Rechnung tragen?

Man mag schließlich über diese Großmacht denken wie man will, das eine glaube ich doch annehmen zu dürfen, daß sie geschickt geschriebene Artikel von unserer Seite eben so gerne aufnehmen würde als solche von der Gegenseite.

Geboten müssen sie natürlich den Redakteuren werden. Und geschieht dies? Gewiß nicht! Ja im Gegenteile: selbst Sensationsnachrichten, die geradezu nach Berichtigung und Aufklärung schreien, bleiben fast ausnahmslos ohne fachgemäße Erwiderung.

Ist es dann anders möglich, als daß die Öffentlichkeit den übelsten Eindruck empfängt und das Ignorieren so offener Angriffe für das Schweigen des schlechten Gewissens hält?

Wir dürfen daher die Ursache an den traurigen Zuständen nicht immer äußeren Umständen allein, vor allem der Presse in die Schuhe schieben, sondern müssen einsehen lernen, daß zum Großteil wir selbst durch unsere bisherige Teilnahmslosigkeit daran schuld sind.

Das müßte nicht so sein! Wir sollten lieber unseren Widersachern mit derselben Waffe entgegentreten, mit der sie uns am wirksamsten Abbruch tun, mit der Publizistik nämlich.

Dabei kommt es freilich in erster Linie auf das „wie" an.

Vor einem möchte ich hauptsächlich und dringendst warnen: Vor Übertreibung und Schönfärberei. Nichts kommt mir so ungeschickt vor, als diese Art der Verteidigung.

Da kann man gelegentlich hören oder lesen, es sei ganz ausgeschlossen, daß ein Psychiater ein Lump sein könne. Ja weshalb denn? Und was kann der ganze Stand dafür, wenn einer unter so vielen ein schlechter Mensch ist. Wozu sich mit dem identifizieren?

Ihn öffentlich zu brandmarken halte ich wenigstens für viel ersprießlicher, als für eine faule Sache seine guten Pfeile zu verschießen. Oder auch: Eine ungerechtfertigte Internierung sei heutzutage so gut wie unmöglich; oder: Mißhandlungen von Kranken seien gänzlich undenkbar, Verletzungen, Knochenbrüche, Selbstmorde usw. kämen zur Zeit nie mehr vor u. ä. m.

M. H.! Daß solche Dinge natürlich nicht an der Tagesordnung stehen, ist selbstverständlich; daß sie aber auch nicht einmal ausnahmsweise vorkommen, lasse ich mir für meine Person nicht weißmachen und bin eher geneigt, wenn so etwas strikte behauptet wird, an Vertuschung zu denken. Ich halte es auch für ganz und gar verfehlt, derartige Utopien dem lieben Publikum zu predigen. Jeder einzelne Fall, der dann doch unwiderlegbar zur Kenntnis der Öffentlichkeit gelangt, würde nur sicher die eine Folge haben, daß man unseren Behauptungen überhaupt keinen Glauben mehr beimißt.

Und das muß vor allem anderen vermieden werden! Ich glaube, es ist viel besser, das Publikum wahrheitsgemäß aufzuklären, daß Geisteskranke nicht immer sanfte Lämmer sind, sondern daß es oft genug zu ernstlichen Balgereien kommt, die bei der Knochenbrüchigkeit vieler unserer Patienten hier und da einmal Verletzungen zur Folge haben müssen.

Es wird der Öffentlichkeit auch unschwer beizubringen sein, daß Pfleger endlich auch bloß Menschen sind, die gelegentlich, durch unausstehliche Kranke gereizt, Übergriffe begehen, und es wird gewiß nur aufklärend und beruhigend wirken, wenn wir nicht ewig jede Möglichkeit einer vorübergehenden, ungerechten Internierung strikte in Abrede stellen, sondern lieber darauf verweisen, daß wir Ärzte an öffentlichen Anstalten doch so gar kein Interesse an der Einbringung irgend eines Menschen haben können und daß, wenn je einmal so etwas geschehen sollte, in 99 von 100 Fällen die Schuld bei jenen Behörden liegt, die gerade berufen wären, solche Vorkommnisse zu verhindern.

Denn es ist nötig, daß wir Ärzte einmal laut und vernehmlich der Öffentlichkeit zu wissen machen, wie sich die Direktionen mit den Verfassern unzulänglicher, unleserlicher und geradezu lüderlicher Pareres herumzuschlagen haben, wie bagatellmäßig bei der

Kuratelsverhängung umgegangen wird, und daß sich z. B. der nö. Landesausschuß anzuordnen bemüßigt sah, quartalsweise die zuständigen Gerichte an die unterlassenen kommissionellen Untersuchungen zu erinnern.

Und, meine Herren, weil wir schon einmal bei den Behörden sind, ist es da nicht sonderbar, mit wie ungleichem Maße das Publikum beispielsweise unsere und der Juristen Tätigkeit mißt?

Wenn von den Irrenärzten je einmal nicht gleich beim ersten Anblick erkannt wird, daß eine Neuaufnahme nicht anstaltsbedürftig sei, wenn Ärzte auf Grund unkontrollierbarer, von interessierten Angehörigen inspirierter Pareres einmal ausnahmsweise nicht imstande sind, sofort eine Diagnose zu stellen und einige Tage Zeit brauchen, um die Entlassung verantworten und verfügen zu können, dann wird in der Öffentlichkeit Zeter und Mordio geschrieen und die Blätter sind voll von Herabwürdigung unserer Wissenschaft.

Wenn dagegen bei den Gerichten wochen- und monatelang Unschuldige in Form der Untersuchungshaft ihrer Freiheit in entwürdigender Weise beraubt werden, dann ist eine kurze Notiz alles, was darüber bestenfalls verlautet.

Dabei stehen dem Richter alle behördlichen Auskunftsmittel zur Verfügung, während wir oft genug auf das angewiesen sind, was uns das Parere mitzuteilen für gut findet oder private Auskunftspersonen uns vorzumachen belieben.

Und glauben Sie nicht, meine Herren, daß ein Einzelrichter, wenn er, sagen wir, einmal gerade mit dem linken Fuße aus dem Bett gestiegen ist, mehr folgenschwere Fehldiagnosen an einem Vormittage machen kann, als wir in einem Monat?

Sollen wir da noch länger zusehen, wie man uns zu den Sündenböcken für alle möglichen Leute macht, immer uns mit doppelter Elle zumißt?

Es hat eben kein Stand so unter dem Vorurteil der Menge zu leiden als wir Irrenärzte.

Es hat daher aber auch kein Stand ein solches Interesse, sich zu wehren und sein Ansehen zu wahren als wir Psychiater.

Was sehen wir aber tatsächlich, wenigstens bei uns in Österreich? Während fast alle anderen Berufskörperschaften in Vereinen sich zusammentun, um ihre Angelegenheiten zu beraten, besitzen, oder besser — denn der heurige Irrenärztetag läßt eine glücklichere Zukunft hoffen — besaßen gerade wir Irrenärzte keinerlei derartige Standesvertretung.

Wessen Schuld ist dies?

M. H., es tut mir leid, daß ich als Anstaltsarzt es sagen muß, aber es ist vor allem die Schuld meiner engeren Kollegen, die Schuld von uns Anstaltsärzten.

Es wäre m. E. ein Unrecht, dem Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien einen Vorwurf daraus zu machen, daß er bisher dem ganzen Komplexe der in Rede stehenden Fragen zu wenig Beachtung entgegen gebracht habe.

Der Verein für Psychiatrie und Neurologie besteht zum überwiegenden Teil aus Klinikern. Diesen liegt ihre Wissenschaft naturgemäß vor allem am Herzen. Im Gefühl und Bewußtsein ihrer akademischen Würden setzen sie sich auch leichter hinweg über die Unbilden des täglichen Lebens.

Anders bei uns Anstaltsärzten. Im lebendigen Verkehr mit der großen Masse, besonders in den kleinlichen Verhältnissen am flachen Lande, empfinden wir es äußerst peinlich, daß wir als Ärzte II. Kategorie gelten sollen, daß wir als „moralisch minderwertig“ dastehen.

An meine engeren Kollegen, an die Anstaltsärzte richte ich deshalb in erster Linie die Mahnung, aufzuwachen aus ihrer bisherigen Gleichgültigkeit, einzusetzen ihr ganzes Wollen und Können für das, was uns ja allen am Herzen liegt: für das Ansehen unseres Standes.

Meine Herren Kollegen! Treten wir alle, die wir an Anstalten tätig sind, korporativ dem Vereine für Psychiatrie und Neurologie bei, verlangen wir, wie dies in Deutschland geschieht, von jedem jungen Kollegen, daß er unserem Vereine angehöre.

Nehmen wir regeren Anteil an den wissenschaftlichen Bestrebungen, verlangen wir dann aber auch, daß man uns respektiere und unseren Forderungen mehr als bisher Geltung beimesse.

Es geht nicht an, zu Hause, hinter dem Ofen und beim Biertisch über die schlechten Zeiten zu maulen, selbst die Hände in den Schoß zu legen und andere deshalb zu tadeln, weil sie auch nichts tun, um die Kastanien aus dem Feuer zu holen.

Zuerst müssen wir da sein und arbeiten, dann können wir verlangen, daß wir geachtet werden.

Deshalb fordere ich nochmals die Anstaltsärzte auf, insgesamt dem psychiatrischen neurologischen Verein beizutreten.

Geschieht dies, so wird es dann ein Leichtes sein, jene Schritte zu beraten, welche eine Änderung unserer Stellung zur Öffentlichkeit bezwecken.

Dann wird es möglich sein, alles jenes zu besprechen, was heute hier nicht zu diskutieren am Platze wäre: Die Frage nach dem sogenannten Luxus in den öffentlichen Irrenanstalten, das schwierige

Problem der Privatsanatorien, die Gerichtsärztefrage zum Beispiel.

Wir werden über das Bedenkliche des jetzigen Usus reden müssen, nach dem wohl zur Internierung eines Kranken das Symptom der Gemeingefährlichkeit erforderlich ist, späterhin aber von den Ärzten darauf keine Rücksicht mehr genommen wird, sondern die Frage nur lautet: krank oder gesund.

Auch die Verbrecherfrage gehört hierher und so eine Reihe von Angelegenheiten, die im Interesse unseres Ansehens und des Wohles unserer Kranken einmal eine Klärung finden müssen.

Und endlich wird es dann auch nicht mehr so leicht für die Behörden sein, uns praktische Irrenärzte bei der Erörterung derart aktueller Themen, wie z. B. des neuen Irrengesetzes, fast ganz zu ignorieren, sehr zum Schaden solcher Expertisen, die sich dann den amtlich erhobenen Vorwurf gefallen lassen müssen, praktisch unbrauchbare Utopien zu sein.

Der Öffentlichkeit gegenüber aber werden wir dann, imponierend durch unsere Zahl, Achtung erweckend durch das vereinte Wissen und die vereinte Erfahrung, als Macht dastehen und es nicht dulden müssen, daß man uns geringschätzig in der Skandalchronik herumzerre.

Doch, meine Herren, die Zeit drängt und einer allgemeinen Sitte folgend, sollte ich zum Schlusse meine Ausführungen in der Form von Anträgen kurz zusammenfassen.

Nun, einen Antrag, den Beitritt sämtlicher Anstaltsärzte zum Verein für Psychiatrie und Neurologie betreffend, habe ich ja schon früher in dringlichster Form gestellt.

Ich könnte nur noch vorschlagen, nach deutschem Muster einen Ausschuß zu wählen, der alles das zu veranlassen hätte, was der Sache zweckdienlich wäre.

Doch darüber mag die Versammlung beschließen.

Ich hege dabei nur das eine Bedenken: Solche Komités werden gewählt, sie erhalten eine Reihe von Mitgliedern, die mit ähnlichen Ehrenposten bereits genugsam versehen sind und daher wenig Lust und Zeit haben, ihrer neuen Aufgabe gerecht zu werden.

Es geschieht dann von ihrer Seite nichts und die anderen tun auch nichts mehr, weil ohnehin die Sache in den besten Händen liege.

Viel mehr wäre es daher zu begrüßen, wenn durch diese Irrenärztetage das Standesgefühl derartig geweckt würde, daß jeder Einzelne unaufgefordert sein Bestes täte.

Meine Herren! Die heutige Zeit ist nicht dazu angetan, Verdienste ohne weiteres anzuerkennen, jedem Stande freiwillig gerecht zu werden.

Wer in unseren Tagen sein Recht finden will, muß es fordern und erkämpfen.

Wenn ich aber die Summe von Wissen und Erfahrung erwäge, deren Vertreter heute hier versammelt sind, die Zahl jener überblicke, die sich heuer zum erstenmale hier eingefunden haben, um sich als Stand der Irrenärzte Österreichs zu fühlen, dann ist mir um die Zukunft nicht bange.

Denn: Wo ein Wille ist, ist auch ein Weg.

Möge es an ersterem nicht fehlen!

Die Sanatorien für Nervenleidende und die „Arbeitstherapie".

Von *G. Chr. Schwarz*, technischer Leiter in Dr. Woringers Sanatorium, Schirmeck i. Els.

(Fortsetzung.)

Der eigene Standpunkt.

Bevor ich den eigenen Plan entwickle, hebe ich hervor, daß er auf die Bedürfnisse der männlichen Kranken zugeschnitten ist, an die Möbius in erster Linie dachte, der nervenschwach Gewordenen, „die alle weder hysterisch, noch hypochondrisch, noch schwachsinnig sind, wenn auch einzelne hysterische oder hypochondrische Züge bei ihnen vorkommen". Habe ich für diese die rechten Einrichtungen und Vorkehrungen geschaffen, so können auch manche andersartige Kranke, bei denen die Arbeit nicht so sehr direktes Heilmittel als mehr oder weniger unentbehrliches Anregungsmittel für Körper und Geist ist und die, mit Nervenschwachen vereinigt, diese nicht beeinträchtigen, hierbei zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse kommen. Ich betone aber ausdrücklich, besonders letzterer Art von Kranken gegenüber, daß ich bei allen Aufnahmen lediglich an Kuraufenthalte (bis etwa zu sechs Monaten Ausdehnung) denke. Für darüber hinausgehende oder von vornherein andersartige Bedürfnisse muß durch besondere Einrichtungen gesorgt werden.

Der eigene Standpunkt ist ein von lange her in der Bildung begriffenes Ergebnis und heute so gut wie abgeschlossen. Bereits im Jahre 1889, während des ganzen Frühjahres, arbeitete ich zweckbewußt in einem fremden Garten. Im Jahre 1894 betätigte ich mich in der Straßburger Kunstgewerbeschule, anfänglich in der Schlosserei und im Modelliersaal, danach in der Tischlerei und in zeichnerischen Übungen. Gestützt darauf, konnte ich im Jahre 1899 bei der Eröffnung von Haus Schönow in längerem Briefverkehr mit dem Hauptschöpfer der Anstalt, dem verstorbenen Geheimrat Laehr, die mir richtig dünkenden Grundsätze mitteilen. Mein Buch „Über Nerven-

heilstätten und die Gestaltung der Arbeit als Hauptheilmittel Leipzig 1903" ist die erweiterte und vertiefte Ausführung der bereits im Jahre 1899 deutlich gegebenen Richtlinien.

Die Nervenheilstätte ist zu charakterisieren:

gegenüber der Außenwelt als eine **Rücksiedelungsstätte**, bestimmt zu zeitweisem Aufenthalt für die in der Kulturenge und im Kulturtreiben Ermatteten und mit Vorkehrungen zu behaglicher Ruhe, natürlicher Betätigung und natürlicher psychischer Beeinflussung;

in Hinsicht der Lebenshaltung im engeren Sinne — und nur insoweit — als ein **weltliches Kloster**, insofern in ihr der Geist der Einfachheit, des willigen Sichunterordnens unter die festen Regeln der Hausordnung und einer gewissen Gleichheit und Brüderlichkeit zu herrschen hat und wegen der wünschenswerten Scheidung nach Geschlechtern;

in Hinsicht der Entfaltung des tätigen Lebens und der psychischen Beeinflussung — und hier liegt der Kern der Sache — als eine **Schule**, insofern

1. als bei jedwedem Tätigsein, über dem „Ringen mit den Stoffen", die Ökonomie des Kraftverbrauches beachtet, erkannt und eingeübt werden muß (was für geschwächte und vor meist ungewohnte Arbeit tretende Leute zur Erzielung des vollen Gesundheitsgewinnes in erster Linie notwendig ist);
2. als die Betätigungsfelder nicht nur zweckentsprechend gewählt, sondern mehr noch pädagogisch durchbildet geboten werden müssen und der Tätige in wohlberechneter Weise zu leiten ist;
3. als die allein schon aus veränderten Lebens- und Tätigkeitsverhältnissen sich ergebende Bereicherung und Erweiterung des Gesichtskreises planmäßig weiterzuführen ist mit dem Endziel einer Vertiefung (und je nachdem Revision) der ganzen Lebens- und Weltanschauung.

Für die Erstellung der Betätigungsfelder gilt als Richtschnur: so nötig es ist, verschiedene Arbeitsformen zur Verfügung zu haben, so ist doch nicht auf die Mannigfaltigkeit der Arbeitsgelegenheiten, sondern auf deren Vertiefung der Hauptwert zu legen.

Das Ideal der Betätigung im Freien — um das einmal festzulegen — ist für die große Mehrzahl der Patienten nicht die speziell gärtnerische Arbeit, noch weit weniger die landwirtschaftliche, sondern landschaftsgärtnerisches Gestalten: Herstellen von Erhöhungen und Vertiefungen, von allerlei Gebilden unter Mitverwertung von schönem Gestein und von Hölzern, leichter Wegebau. Diese Arbeiten wären, besonders an der Hand eines Planes, leicht zu übersehen, unbeschadet des Endergebnisses immer wieder zu korrigieren, nicht dringlich und ganz oder fast ganz ohne Miteinstehen Gesunder ausführbar.

Fast ganz unbrauchbar ist die Landwirtschaft. Mit Ausnahme des Heumachens sind die Arbeiten zu schwer und dann auch zu wenig kontinuierlich, im wesentlichen auf die Bestellungs- und Erntezeit zusammengedrängt. Die Gesamtleistung der von Nervenkranken allenfalls ausführbaren Arbeiten wäre ein zu geringer Beitrag in der Durchführung des Bewirtschaftungsplanes und schon dadurch allein die geistige Befriedigung, ganz abgesehen von dem Inhalte der Arbeit, nicht gegeben.

So bleibt die Gärtnerei, die ja auch ein sehr gutes Übungsfeld ist. Sie soll tunlichst auf die Stufe einer Handelsgärtnerei erhoben werden, wodurch ein Kontakt mit der Außenwelt hergestellt wäre. Der Miteinbezug von Wiese und Baumbeständen als Hinterland ist vorteilhaft. Die zur Durchführung des Bewirtschaftungsplanes erforderliche Summe von Leistungen kann mehr als zur Hälfte von Patienten getan werden, und das Betätigungsfeld ist der Art, daß sich die Leute gern auf ihm orientieren, nebenher etwas lernen mögen. Den Bedürfnissen der Nervenleidenden entsprechend ist auf klare Übersicht in der gesamten Anlage, wie sie in botanischen Gärten üblich ist, zu halten und durch die Wahl der Anpflanzungen für die Kontinuität der Arbeitsgelegenheiten zu sorgen.

Als völlig einwandfreies Betätigungsfeld steht die Tischlerei da. Die sie auszeichnende Eigenart liegt

1. in der großen Ergiebigkeit im Abwerfen der verschiedensten Gegenstände, die entweder für den Verfertiger selbst oder für die Anstalt ökonomisch verwertbar sind oder doch erfreuend wirken;
2. in der leichten Ausführbarkeit (innerhalb des hier angängigen Rahmens), gewährleistet durch die Beschaffenheit des Rohmaterials und die große Vollkommenheit und Reichhaltigkeit der Werkzeuge;
3. in der großen Abstufungsmöglichkeit der Anforderungen an Kraft, Geschicklichkeit und Konzentration, je nach Wahl des Arbeitsobjektes;
4. in der rasch zu erlangenden gewissen Selbstständigkeit und in dem nicht als Schüler, sondern als „Fertigen", als nützlichen Arbeiter Sichfühlen, dies um so mehr, je geschickter der Anleiter den Patienten als Schüler, der er in Wahrheit doch ist, in die Hand zu nehmen und zu leiten versteht;
5. in der sich ganz natürlich ergebenden **gleich-**

zeitigen Inanspruchnahme und Befriedigung der körperlichen und geistigen Funktionen.

Neben den Hobelbänken ist eine Schnitzbank und ein Schraubstock zu postieren, die beide dienlicher sind als eine Drehbank. —

Als drittes Betätigungsfeld, zur Ergänzung, sei ein „kunstgewerbliches Atelier" eingerichtet, in welchem Kartonnagearbeiten (besser als Buchbinderarbeit im engeren Sinne), Einrahmen von Bildern, Holzschnitzereien u. dergl. nach bereit gehaltenen Modellen und zeichnerische Übungen betrieben werden.

Schließlich ergeben sich in einem großen Hauswesen und auf größerem Terrain ständig oder gelegentlich noch andere recht zweckdienliche Arbeiten, unter denen ich besonders auf Holzsägen und -spalten, Kohlenschaufeln, Anstreichen, auf die mannigfachen Reparaturarbeiten und auf das Schneeschippen hinweisen möchte. Ich betone, daß alle nur gelegentlich sich ergebenden Arbeiten erst durch die Anlehnung an eine Organisation therapeutischen Wert erhalten.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Gesellschaft deutscher Nervenärzte.** Erste Jahresversammlung in Dresden, am 14. und 15. September 1907. (Fortsetzung.)

6. Herr Nonne, Hamburg: „Differentialdiagnose des Tumor cerebri".

Vortr. berichtet zunächst über vier Fälle von Hirnhauttumoren. Der Tumor ging jedesmal von der Dura mater aus, das Hirn nur verdrängend. Nur in einem derselben war die Entwickelung der Drucksymptome zu verfolgen, in den anderen drei traten die Erscheinungen akut in Form von Konvulsionen, resp. einseitigen Gesichtshalluzinationen auf. In einem weiteren Falle hatte sich ein Hämatom auf der Basis einer Pachymeningitis hämorrhagica langsam entwickelt unter den Symptomen eines Tumors mit Erscheinungen, die teils auf die rechte Seite (Fazialisparese), teils auf die linke (Verhalten der Sehnen- und Hautreflexe) deuteten. Da Vortr. solche doppelseitigen Symptome bereits in zwei früheren Fällen beobachtete, empfiehlt er, differentialdiagnostisch auf dieses Verhalten zu achten.

In zwei weiteren Fällen handelte es sich um Hirnabszesse, die nicht diagnostiziert waren, weil einmal jede Ätiologie fehlte und starke progrediente Stauungspapille bestand, der andere Fall gerade so lag und der Kranke nach Ausbildung der Stauungspapille noch fast drei Monate lebte. In diesen zwei Punkten ist also die bisherige Lehre von der Symptomatologie des Hirnabszesses zu revidieren. Zum Schlusse berichtet Vortr. über weitere Beobachtungen von „Pseudo-Tumor cerebri": in drei Fällen erfolgte völlige Heilung, einmal von einem doppelten Rezidiv gefolgt. In drei anderen Fällen kam es zum Exitus und jedesmal war die anatomische Untersuchung (zweimal makroskopisch und mikroskopisch, einmal nur makroskopisch) absolut negativ, auch in Bezug auf Hydrocephalus. In zwei Fällen hatte es sich um das Bild eines Tumor cerebelli gehandelt mit Stauungspapille, einmal mit Konvulsionen kompliziert, im dritten Falle um die Erscheinungen einer Hemi-Epilepsie mit schwerer Stauungspapille und hochgradiger Prostation.

3. Sitzung.

Vorsitzender: Herr Jendrassik.

7. Herr Hartmann, Graz: „Zur Diagnostik operabler Hirnerkrankungen".

Unter den Hirngeschwülsten ist den ausschälbaren, mehr zu kugeligem Wachstum neigenden Geschwülsten besonderes Augenmerk zuzuwenden. Hier wieder sind es die Psammome insbesondere der weichen Häute, welche durch ein eigenartiges Wachstum mit lediglicher Verdrängung der Hirnsubstanz und ein charakteristisches histologisches Bild ausgezeichnet sind. Durch Hirnpunktion konnte der Vortr. in zwei Fällen diese für die Operation sehr günstigen Geschwülste feststellen und empfiehlt die Hirnpunktion nicht so sehr zur lokalen Diagnose, als vielmehr zur Feststellung der Art und Größe der operablen Herderkrankungen. Die Vornahme der Hirnpunktion soll dem Chirurgen überlassen bleiben.

Weiter berichtet Vortr. über die Symptomatologie zweier Fälle von Ventrikelblutungen, bei welchen die Lumbalpunktion Blut in größeren Mengen ergab. Dieses Blut blieb ungerinnbar. Vortr. sieht hierin ein wichtiges diagnostisches und differentialdiagnostisches Kennzeichen der Ventrikelblutungen. Im zweiten Falle hat Vortr. die Entleerung des in die Ventrikel ergossenen Blutes durch Ventrikelpunktion dem Chirurgen empfohlen. Das Ergebnis war hinsichtlich der Hirnerscheinungen ein überraschendes, so daß Vortr. dazu auffordert, künftig die Heilung der Ventrikelblutung auf diesem Wege zu versuchen.

Schließlich empfiehlt Vortr. zur Verfeinerung der topischen Diagnostik raumbeengender Erkrankungen des Schädelinnern die Verabreichung von Kardio- und Vaso-Tonizis; die oft störenden Nachbarschafts- und Allgemeinsymptome schwinden unter dem Einflusse der Erhöhung der Gefäßspannung und des Blutdruckes und ermöglichen die Diagnose. Auch in leichteren Fällen leistet das angegebene Verfahren ausgezeichnete Dienste, durch die Verminderung insbesondere der zirkulatorischen Folgeerscheinungen des Hirndruckes, so daß dasselbe allgemeiner Benutzung zu diagno-

stischen Zwecken, mitunter gewiß auch zu therapeutischen (Kopfschmerzen, Kollaps, Schlinglähmung, Atemstörung bei raumbeengenden Hirnerkrankungen) empfohlen werden muß.

Diskussion:

Herr Bruns: Die Duraendotheliome sind nicht so ganz selten und erlauben auch öfters eine genaue Lokaldiagnose. Die Allgemeinsymptome sind aber oft in diesen Fällen gering, so daß die Kranken sich leider nicht rechtzeitig zur Operation entschließen.

Herr Schuster hat drei Hirntumorfälle nach kleinen Morphiumdarreichungen ganz kurze Zeit nach der Injektion durch den Tod verloren. Er möchte den Vortr. fragen, ob er ähnliche Beobachtungen gemacht hat.

Herr Hartmann (Schlußwort) macht Herrn Bruns darauf aufmerksam, daß es sich hier um Tumoren der weichen Häute, nicht um solche der Dura handelte. Die letzteren flachen die Konvexität ab, diese Tumoren der weichen Häute aber wachsen, in charakteristischer Weise die Hirnsubstanz einstülpend, meist von der Tiefe eines Sulkus aus und zeigen das Bild des Psammoms. Herrn Schusters Erfahrung über ungünstige Wirkung von Morphiumverabreichung kann er bestätigen. Er glaubt, einen Fall von Abszeß, bei welchem behufs Operation Morphium verabreicht wurde, durch sehr rasch darauf auftretende Atemlähmung verloren zu haben.

8. Herr Schüller, Wien: „Schädelröntgenographie mit Demonstrationen". Die demonstrierten Fälle betreffen Verletzungen des Schädels durch Fremdkörper und durch stumpfe Gewalt (Fissuren, Impressionen), ferner Destruktionen und Hyperostosen infolge von Lues, knöcherne Tumoren des Schädels und Destruktionen desselben durch solche intrakraniellen Sitzes. Besonders wichtig wird die Röntgenuntersuchung bei der Diagnose von Basis- speziell Hypophysen-Tumoren, auch bei Epilepsie und bei Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase, welche oft mit nervösen Störungen einhergehen, gibt das Röntgenbild nicht selten interessante Aufschlüsse über Veränderungen des Schädels.

Diskussion:

Herr Oppenheim bemerkt zur Geschichte der Frage, daß es ihm im Jahre 1899 zum erstenmale gelungen sei, eine Erweiterung der Sella turcica nachzuweisen. Freilich könne der Hydrocephalus, vielleicht auch die basale Lues dasselbe bedingen.

Herr Krause hat am Röntgenbilde bei Hirntumoren Sprengung resp. Diastase der Schädelnähte gesehen. Er weist auf die Monographie von Virchow „Über die Kyphose der Schädelbasis" hin, die das wichtige Gebiet in erschöpfender Weise behandelt. Es können sich dabei infolge der starken Raumbeengung in der hinteren Schädelgrube alle Erscheinungen der Kleinhirngeschwulst entwickeln. Die Ursache der Knochenveränderung ist meist Rachitis.

Herr Sänger demonstriert Diapositive von Röntgenaufnahmen bei Hypophysistumoren. Die Vergrößerung oder Zerstörung der Sella turcica tritt aus denselben klar hervor. Einmal konnte die Diagnose Kleinhirntumor durch den Befund einer erweiterten Sella turcica richtiggestellt werden.

Herr Schüller (Schlußwort) erwidert Herrn Krause, daß bei intrakraniellen Tumoren außer der Sprengung der Schädelnähte auch Persistenz der Knorpelfugen im Röntgenbilde nachweisbar ist. Die Virchowschen Fälle von sogenannter basaler Impression sind verschiedener Ätiologie, beruhen nicht bloß auf Rachitis. Gegenüber Herrn Sänger betont er, daß es gerade darauf ankommt, das Auge für die Frühstadien der Veränderungen an der Sella zu schärfen.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

— Sobernheim, Leitfaden für Desinfektoren. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

Das kleine Schriftchen erfüllt seinen Zweck, wie er im Titel niedergelegt ist, vollkommen. Ohne überflüssigen Ballast wird in einer dem Laien leicht verständlichen Weise Wesen, Zustandekommen und Verbreitung der Infektionen erläutert. Nach Erörterung der verschiedenen Desinfektionsarten wird die Ausführung der einzelnen Desinfektionsmethoden ausführlich besprochen. Recht zweckmäßig angeordnet ist der praktische Teil, die Anwendung der Desinfektionsmittel in jedem vorkommenden Falle. Den Schluß bilden kurze Übersichten der zu treffenden Maßnahmen bei und nach den verschiedenen Infektionskrankheiten.

Das Heftchen dürfte sich zum Gebrauche beim Unterricht an auszubildende Desinfektoren oder bei ähnlichen Kursen, auch für Pflegepersonal an Anstalten, bestens empfehlen. Roth-Eglfing.

— Die Funktionen des zentralen Nervensystems. Ein Lehrbuch von Dr. Lewandowsky, Nervenarzt und Privatdozent der Physiologie in Berlin. Mit 1 Tafel und 81 Abbildungen im Text. Jena 1907, Verlag von Gust. Fischer.

Verf. gibt in seinem Werk eine vollständige Physiologie des menschlichen Zentralnervensystems, daneben berücksichtigt er von der Tierphysiologie hauptsächlich diejenige der Säugetiere. Seine Darlegungen beschränken sich nicht auf eine einfache Aufzählung von Tatsachen, sondern auf Grund eigener Erfahrungen, die er sowohl bei zahlreichen Experimenten, als auch am Krankenbett gesammelt hat, trägt er alles mit sachlicher Kritik vor. Die dem Großhirn gewidmeten Kapitel verdienen in dem sehr gründlichen und anregend geschriebenen Werk besondere Beachtung. Arnemann-Großschweidnitz.

Personalnachrichten.

— **Friedrichsberg.** Dr. med. Robert Winand Heinrich Wildenrath ist am 15. XII. als Assistenzarzt in den Dienst der diesseitigen Anstalt getreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 41. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien)
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 41. 4. Januar 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Das Irrenwesen in Finnland.

Von Dr. *K. Pándy*, Primararzt der Irrenanstalt Lipótmező in Budapest.

In der „Finska-Läkaresellskapets Handlingar", Nr. 9 vom Jahre 1905, befassen sich zwei Autoren mit diesem Gegenstand. Der finnische Ärzteverein erbat sich hierüber die Meinung Saelans, des Nestors der finnischen Psychiatrie, und die des hervorragenden Direktors im Institute Fagernäs, Björkman, der zum Studium dieser Angelegenheit im Jahre 1899 eine größere Reise im Auslande unternommen hatte*).

Diesen Berichten, als auch der von mir im Sommer 1906 unternommenen Besichtigung einiger finnländischer Institute zufolge, will ich das Irrenwesen Finnlands schildern.

Saelan schreibt, daß auf Befehl des Provinzialchefs Grasse in Kronoby schon im Jahre 1767 für 15 Geisteskranke eine Spitalsabteilung errichtet wurde, vom Jahre 1771 angefangen, wurde auch das Leprosorium in Sjählö zur Beherbergung von Geisteskranken verwandt.

Finnland ging bekanntlich im Jahre 1809 aus der schwedischen Obermacht in den Verband Rußlands über. Diese politische Umwälzung (mit dem Symbol der Personal-Union, eigener Münze, separatem Zollgebiete und eigener Gesetzgebung) hatte ein bewunderungswürdig rasches Aufblühen des Landes zur Folge.

(Zur Illustrierung sei nur gesagt, daß in Finnland die Sterblichkeitsziffer bei den Kindern eine Höhe von nur 15% erreicht und die Sterblichkeit im allgemeinen 19% ist; sie haben keine Analphabeten, hingegen Einkammersystem, ein allgemeines Wahl- und Wählerrecht, welches nicht bloß dem Manne, sondern auch der Frau zusteht.)

Das Irrenwesen entwickelte sich auch in Finnland langsam. Im Jahre 1840 wurde das lappviker Institut in der Nähe von Helsingfors mit einem Belagraum für 90 Betten erbaut; dieses, wie auch das Hospital in Sjählö mit einem Belagraum für 50 Betten waren die einzigen Stätten, in welchen die Geisteskranken eine entsprechende Fürsorge erhielten.

Zu dieser Zeit waren merkwürdige Veranstaltungen üblich. Es ward beschlossen, daß, falls der internierte Kranke innerhalb zweier Monate nicht gesundet, man ihn zeitlebens in der Anstalt halten dürfe (Profcur, darcur). Nur der bemittelte Kranke durfte sich einer weiteren Versuchskur unterziehen (försökelsecur), wenn aber auch diese nicht den gewünschten Erfolg brachte, so konnte der Kranke, nur gegen Entrichtung der zweifachen Gebühren, zeitlebens dortgehalten werden. Diese Einlösungssumme variierte zwischen 275 bis 571 f. M. (för verkligen förmögne), aber es ging auch das Vermögen und die Erbschaft des Internierten laut § 22 ihrer Bestimmungen in den Besitz des Institutes über. Der Kranke konnte gegen Entrichtung von 1,72 f. Mark für einen jeden darin verbrachten Tag ausgelöst werden, aber trotz alledem fiel ein Drittteil seiner Erbschaft dem Institute zu.

Saelan bemerkte, daß man sich an dem Naiven dieser Verfügungen gar nicht genug ergötzen kann. Man befleißigte sich demnach, alle jene Kranken, die in Kürze nicht gesundeten, auszulösen, und als das Erben zur Geltung kommen sollte, fand man genügende Auswege, und verhütete durch diese nicht unpraktische Weise, daß das Institut etwas bekomme. Die für Lebzeiten dem Institute angehörenden Kranken konnten nur mit Mühe aus demselben befreit werden. Man ging nicht, um diesen abzuholen, und nahm ihn auch nicht in die Gemeinde auf; aus der Evidenz der Gemeinde wurden sie gestrichen, anderenteils eben, weil das Institut Rechte auf deren Erbschaft erhob, dieses die Entlassung erschwerte.

*) Björkman: Berättelse öfver en med statsstipendium 1898—99 företagen resa för Studien i psychiatrie.

Behufs Abschaffung dieser Unzukömmlichkeiten wandte sich im Jahre 1859 die seit 19 Jahren bestehende Irrenwesen-Direktion an den Senat (Ministerium) und bat um Änderung dieser Verfügungen. Eine Kommission, unter deren Mitgliedern sich auch der sehr verdienstvolle finnländische Arzt O. E. Hjelt befand, wurde ausgesandt.

Diese Kommission protestierte gegen die Trennung der Heil- von den Pflegeanstalten, weil es die Erfahrung lehrt, daß dies jeder wissenschaftlichen Basis fern und undurchführbar sei. Auch die Internierung für zeitlebens wurde verworfen, hingegen empfahl man das Errichten neuer Institute an verschiedenen Orten des Landes als auch die Gründung von fünf Betten in jedem Spitale für Neuerkrankte. Ferner sprach sich diese Kommission dahin aus, daß man bei sorgsamer Überwachung die Kranken auch in häuslicher Pflege belassen dürfe. Besonders interessant ist diese letztere Verfügung, aber insgesamt die auch heute noch für gut geltenden Propositionen, welche zwar vorderhand außer dem System der Tagesverpflegskosten keinen anderen Erfolg hatten. — Im Jahre 1878 wurde die Direktion des Irrenwesens aufgehoben und schmolz in die Abteilung des Sanitätswesens ein. (In meinem Werke*) erwähnte ich, daß dies eine verfehlte Einrichtung sei und berufe mich auf Benedicts Äußerung als auch auf die in ganz Europa gesammelten Erfahrungen.)

Der erste Reichstag Finnlands trat im Jahre 1863/64 zusammen und beratete unter anderen auch über das Irrenwesen. Die klerikalen Orden erbaten sich für die Mitte des Landes eine 100 Betten fassende Anstalt.

Vom Jahre 1872 angefangen, kam in jedem Reichstage das Irrenwesen zur Sprache und im Jahre 1872/74 wurde in dieser Angelegenheit neuerlich eine Kommission ausgesandt. Die Kommission befürwortete die Isolierung der neu Erkrankten von den alten, dies ist aber heute schon ein längst überwundener und sich nicht bewährender Standpunkt. Gegen eine Überfüllung kann man nicht in solcher Weise, sondern einzig allein durch eine gute Organisation dieser Angelegenheit im ganzen Lande, einer genügenden Zahl guter Psychiater und einer stetigen Kontrolle der nicht in Anstalten untergebrachten Irren mit Erfolg ankämpfen; in dieser Weise werden viele Anstalten überflüssig.

Die im Jahre 1874 ausgesandte Kommission empfahl das Erbauen fünf kleinerer Institute für die Aufnahme Neuerkrankter (eine eben entgegengesetzte und treffliche Verfügung an Stelle der Adnexe für chronische Kranke), zwei größere Institute mit Farmsystem und häuslicher Pflege. Auch wurde schon damals das Wärterdörfchen geplant, welches sogar in Deutschland erst in letzter Zeit der Verwirklichung zuging (Uchtspringe).

Der gute Plan blieb aber nur Plan und der Bericht dieser Kommission hatte nur eine Verordnung zur Folge (1889).

Im Jahre 1885 wurde endlich das an Kuopio naheliegende neue fagerneser Institut seiner Bestimmung übergeben. Zu gleicher Zeit aber urgiert schon am Reichstage der Adel und Bauernstand (ridderskapet, adeln ock bondestandet) die Erweiterung dieses Institutes. Die Umgestaltung des kexholmer Gefängnisses in eine Irrenanstalt wurde proponiert und über die Errichtung einer Abteilung mit 20, speziell für kriminelle Kranke reservierten Betten gesprochen.

Bei der Verhandlung dieses Ansuchens erwähnt Schultén, daß nach der Volkszählung im Jahre 1880 die Zahl der Geisteskranken in Finnland auf 4380 zu beziffern ist, demnach fällt also auf jeden 470ten der Bewohner ein Geisteskranker. Schultén klagt, daß das Los der freiumhergehenden Kranken ein trauriges sei und daß diese, wegen angeblicher Gefährdung der Umgebung, oft Jahre hindurch gefesselt, ihr Dasein in einer unmenschlichen Behausung oder aber in einer käfigartigen Unterkunft zu fristen genötigt werden.

Im Jahre 1888 und 1891 bat man neuerdings um die Sanierung des Irrenwesens und im Jahre 1897 überreichte der Bauernstand in gleicher Angelegenheit zwei Gesuche und bat darin, daß für die unheilbaren Irren nicht wie bisher die Gemeinde, sondern der Staat sorgen möge. (Diese Bitte ist meiner Ansicht nach in dieser Form schon deswegen nicht gerechtfertigt, weil die Möglichkeit es nicht ausschließt, daß Internierte oft erst nach Ablauf von 10 bis 15 Jahren gesunden und es viele Gemeinden gibt, welche selbst ihre heilbaren Kranken nicht erhalten können. Der Staat müßte mit einer gebührenden Unterstützung und ohne Rücksicht auf die kathedralen Definitionen den Gemeinden zu Hilfe sein. Andererseits ist diese Bitte der Gesuchsteller wohl begründet, denn die Tatsache spricht dafür, daß die Erhaltung eines Kranken in einer Anstalt im Laufe der Jahre auch einen Wohlbegüterten zu Grunde richten kann.)

In der letzten Sitzung des Reichsrates wurden abermals drei Gesuche in gleicher Angelegenheit mit

*) „Die Irrenfürsorge in Europa", erschien im ungarischen Originale 1905.

der Beschwerde eingereicht, daß die für die Aufnahme bestimmten und in der Exspektantenliste geführten Kranken mitunter Jahre hindurch auf Aufnahme warten müssen, während welcher Zeit sich ihr Leiden verschlimmert eventuell unheilbar wird. Auch die Klage wurde laut, daß die große Entfernung der bestehenden Institute sowohl den Hinals auch den Wegtransport bedeutend erschwere.

Im zweiten Gesuch erstrebt man den Aufbau von Bezirksheilanstalten auf gemeinsame Unkosten, im dritten Gesuch aber bittet man für die ohnehin überlasteten Gemeinden zur Erhaltung der Geisteskranken um eine Staatsunterstützung.

Der große Eifer, den man in Finnland dem Irrenwesen widmete, brachte bisher nachstehende Erfolge: Zwei große Institute: Niuvanniemi bei Fagernäs mit 310 Betten und Pitkäniemi bei Tammerfors, welches im Jahre 1900 mit 335 Plätzen eröffnet wurde, ferner 120 Plätze im adaptierten Kexholmer Institut, hierselbst noch 32 kriminelle Kranke; im alten Lappviker Institut 130, in Sjählö 53 Betten und endlich in den Aufnahmsanstalten (kleine Spitalsadnexe mit 8 bis 15 Betten) 92 Belagstellen. Somit sind in den öffentlichen Anstalten insgesamt 1092 Plätze.

Die Daten der im Jahre 1903 stattgefundenen Volkszählung in Betracht gezogen (welche nach Saelans Ansicht bedeutend unter der Wirklichkeit stehen), erreicht die Zahl der Irren in Finnland, inklusive der schon von Kindheit her Erkrankten, eine Gesamthöhe von 4885, von diesen sind 22 bis 35% in öffentlichen Anstalten untergebracht. In öffentlichen Anstalten fanden inklusive der Idioten 1008, in Privatanstalten 173 und in Armenhäusern 889 Kranke Aufnahme, dagegen blieben 5531 in häuslicher Pflege. Es ist somit für 29% der Idioten und Irren gesorgt.

Bezüglich der Sammlung von statistischen Daten ist es sehr interessant, daß in einigen ausgewählten Bezirken Finnlands im Jahre 1906 Irrenärzte das Zählen der Irren vorgenommen hatten. Aus der eine Sprache sprechenden und aus einer Rasse und derselben sozialen Klasse sich ergänzenden Bewohnerschaft, kann man Schlußfolgerungen über das ganze Land ziehen.

Diese mit Bedacht gepflogenen Erhebungen führten zu dem traurigen Ergebnis, daß in manchem Bezirk 100% mehr Geisteskranke sind, als bisher gerechnet und in Evidenz geführt wurden. Selbstverständlich bleibt in Finnland auch nach der möglichst genauen Feststellung der Zahl der Geisteskranken noch viel zu tun übrig. Besonders mangelhaft ist die Verpflegung in den Armenhäusern. Hier müßte nach Vorschrift für zwei männliche und zwei weibliche Irre Platz geschaffen sein, aber viele Gemeinden hatten auch Kranke anderer Gemeinden untergebracht. Diese Abteilungen sind in Zellensystem erbaut, wo, wie ich mich überzeugte, mitunter vollständig ruhige und arbeitsfähige, oft wiederum solche Kranke, die in den besten Anstalten gehalten werden sollten, untergebracht sind.

Diese Bezirks- oder Gemeindearmenhäuser werden ein- bis zweimal des Monats durch den Gemeindearzt besucht. Mit den Kranken versteht man nicht umzugehen, und es geschah nicht nur einmal, daß man zum Baden eines Kranken den Gemeindeschutzmann requiriert hatte. Saelan schreibt, daß ihm von diesen Armenhäusern von Ungeziefer und Krätze bedeckte Kranke zugeführt wurden. Diese Armenhäuser wurden doch von der allerhöchsten Stelle unterstützt. Laut einem Manifest des Zaren erhielten die, wenigstens für 20 Kranke sorgenden Gemeinden pro Bett 600 f. M. Bau- und 150 f. M. an Einrichtungskosten vergütet. Sie werden auch in ihrem Haushalte vom Staate unterstützt.

So entstand die Harjavalter Anstalt für 16 männliche und 16 weibliche Kranke. Pro Bett beziffern sich die Kosten auf 3120 f. M. Sie wird von einer Oberwärterin geleitet, die ein Gehalt von 800 f. M. bezieht. Der Leiterin sind zwei Wärter und drei Wärterinnen untergeordnet. Der die Anstalt besuchende Gemeindearzt ist mit 450 und für die außergewöhnlichen Ordinationen mit 10 f. M. besoldet. (Die finnischen Psychiater selbst halten diese Institutionen für nicht zweckmäßig.)

Nach Saelans Gutdünken könne man in Armenhäuser nur vollständig ruhige, reine und nicht gefährliche Kranke unterbringen, von deren entsprechendem Verhalten man sich durch eine längere Observation überzeugt hatte. Ich meine aber, daß für solche Kranke durch die Familienpflege am besten fürgesorgt ist.

Die Familienpflege wurde auch in Finnland eingeführt; im Jahre 1888 hatte man aus der Anstalt Sjählö bei 10 Familien der Gemeinde Nagu 13 Kranke untergebracht.

Die Kontrolle wird vom Anstaltsprimararzt, ferner vom Verwalter und Bezirksarzt geübt. Für jeden Kranken müssen 300 bis 500 f. M. bezahlt werden, und der Arzt erhält außer diesem nach jedem Kranken ein Separathonorar von 30 f. M.

Seit dem Jahre 1901 wurden aus der helsingforser Gemeindeirrenanstalt 45 Kranke in der Gemeinde Sibbo untergebracht. Jeder Familie wurden höchstens zwei Kranke überlassen. Zwei geprüfte

Wärter wohnen ebendort und müssen sich vom Wohlergehen ihrer Pflegebefohlenen zeitweise überzeugen.

In der Wohnung dieser Wärter befindet sich auch ein Zimmer, welches zur Aufnahme für die von plötzlicher Erregung Befallenen dient. Die Wärter können auf telephonischem Wege mit der Mutteranstalt in Verbindung treten.

Den ärztlichen Beistand leistet den Kranken der dortige Gemeindearzt.

Hier war man mit der Familienpflege zufrieden, in einer anderen Gemeinde — in der Gemeinde Wihtis — hingegen scheiterte dieser Versuch wegen der mangelhaften Kontrolle.

Dies ist die Gegenwart und Vergangenheit des Irrenwesens Finnlands. Für die Zukunft empfiehlt Saelan eine unverzügliche Errichtung von Irren-Heil- und Pflegeanstalten und betont, daß man bei diesen für eine genügende Erdfläche sorgen müsse, damit man darauf für Unterbringung von Kranken und Wärtern geeignete Objekte erbauen könne. Antragsteller erachtet es für wichtig, daß diese Bauten in verschiedenen Zentren des Landes erhoben werden.

Überraschend ist es, daß in Finnland bei dem Transporte von Geisteskranken völlig ungeordnete Zustände herrschen. Auf mancher Station verweigert man den Transport der Kranken, an anderer Stelle jedoch erfordert man das Mieten eines separaten Waggons. Um diesem Übel vorzubeugen, empfiehlt Saelan das Anschaffen nur solchen Zwecken dienender Wagen; diese Durchführung aber erschwert der Umstand, daß man diese Wagen immer auf einen anderen Bestimmungsort abgehen lassen müsse, d. i. von wo aus der jeweilige Transport geschieht, dies wäre zu umständlich und kostspielig.

(Schluß folgt.)

Die Sanatorien für Nervenleidende und die „Arbeitstherapie".

Von *G. Chr. Schwarz*, technischer Leiter in Dr. Woringers Sanatorium, Schirmeck i. Els.

(Fortsetzung.)

Ich habe nun als sehr wichtig noch einen Zyklus von 20 bis 30 Vorträgen vorgesehen. Es sind deren täglich zwei in der Ausdehnung von zehn bis zwanzig Minuten Dauer zu halten und die Themata am schwarzen Brett bekannt zu geben.

Diese Vorträge lassen sich in zwei Kategorien mit je zwei Unterabteilungen scheiden.

I. Die erste Kategorie von Vorträgen hat das tätige Leben in der Anstalt zum Gegenstand.

a) Die rechte Art des Arbeitens wird gelehrt: durch Besprechung der Arbeitsdauer (Höchstmaß halber Normalarbeitstag, also vier bis allenfalls fünf Stunden, die einzelnen Arbeitsschichten nicht über zwei Stunden),

durch Bemerkungen über Tempo, einzuschiebende Pausen und die Bedeutung des Rhythmus bei der Arbeit,

durch Erörterung der Frage: Kann ich heute arbeiten? (Klarlegung, daß Ermüdungsgefühle und Schmerzen an sich noch keine Zeichen der Kontraindikation sind).

b) Der besseren Einführung in die Betätigungsfelder und besonders dem Heimischwerden in ihnen dienen:

bei allen handwerklichen Tätigkeiten von Anbeginn an einsetzende Instruktionen. Der Ausübende steht hier als Alleinherr und Alleingestalter seines Objektes da und muß als solcher ins Auge gefaßt werden;

bei der Gärtnerei von einem gewissen Zeitpunkt ab orientierende Belehrungen, etwa nach Art der in Zeitschriften erscheinenden Arbeitskalender. Der Ausübende steht hier lediglich als Mithelfer in der Erzielung eines ihm fern gerückten Endresultates da und bedarf als solcher des psychischen Gehobenwerdens durch Richtung des Blickes auf das Werden und Gedeihen des Ganzen.

II. Die zweite Kategorie von Vorträgen bezweckt die Darbietung natürlicher rein geistiger Arbeit oder doch die Anregung und Ordnung derselben.

Einige Vorbemerkungen! Was ist natürliche rein geistige Arbeit? Die, welche jeder, auch wenn er gar nicht lesen und schreiben kann, täglich und stündlich absichtlich und unabsichtlich leistet, nämlich: die Orientierung in der Welt und unter unseren Mitmenschen, besonders da, wo wir uns gerade hingestellt sehen, die Erweiterung unseres Gesichtskreises durch Verarbeiten und Ordnen aller Eindrücke, die wir empfangen, das Reifen in der Lebens- und Weltanschauung. Das seelische und leibliche Wohlergehen des Menschen hängt ganz wesentlich davon ab, daß sich dieser geistige Prozeß auf genügend breiter Unterlage und in den rechten Bahnen vollzieht. Bei so vielen nervös Erkrankten hat es gerade auch hieran gefehlt, und jedenfalls leidet während der Krankheitsdauer die große Mehrzahl an schwer empfundenen Hemmungen,

die das Geistesleben in falsche Bahnen zu leiten drohen. Wie unter keinen anderen Bedingungen, so ist während einer Arbeitskur der Boden bereitet, sind die Furchen gezogen zur Aufnahme einer Saat, die am besten in der Gestalt kurzer Vorträge, eventuell mit nachfolgenden Fragen und Antworten, geboten wird.

a) Die nähere und fernere Umgebung jeder Anstalt, als erweitertes Anstaltsgebiet betrachtet, bietet Stoff zu folgenden Themata:

Die Gegend nach ihrer landschaftlichen Eigenart.

Die Produktion in Landbau und Industrie.

Stammesart, Sitten und Gebräuche der Bevölkerung.

Ortsgeschichtliche Rückblicke.

Die hier vertretene Tier- und Pflanzenwelt.

Der geologische Charakter und die sich findenden Mineralien.

Zur Unterstützung derartiger Vorträge müssen gute Karten und angelegte Sammlungen bereit gehalten werden.

Wer klar und geschickt spricht, wirkt auf der Stelle wohltuend auf das Geistesleben der Zuhörer, und bei Ausflügen übt das Gehörte nochmals und jetzt vielfach intensiver seine Wirkung aus, arbeitet zum mindesten dem Entstehen krankhafter Reflexionen entgegen.

b) Die Erkrankung zum Ausgangspunkt genommen, ergibt sich eine Fülle von Stoff, der in geschickter Verarbeitung geboten der Förderung der Einsicht in den Sinn des Lebens dient. Als Themata nenne ich beispielsweise:

Die Nervosität als Kulturerscheinung.

Die Bewertung der manuellen Arbeit von seiten einzelner Pädagogen und großer Denker.

Die Stellung des Nervösen in Familie und Gesellschaft.

Egoismus und Altruismus in ihren Beziehungen zu Nervenleiden.

Hierzu bemerke ich, daß die übliche Auffassung doch sehr einer tiefergehenden Untersuchung und vielfacher Berichtigung bedarf.

Über Zwang und Freiheit beim Natur- und beim Kulturmenschen.

Die Ordnungsliebe in ihrem Werte für das seelische Wohlergehen.

Hierbei läßt sich passend die Notwendigkeit und der Wert der straffen Hausordnung darlegen, wie sie auch den einer exakt und geräuschlos gehenden Uhr vergleichbaren Ablauf des inneren Hausbetriebes zum Hintergrund hat.

Optimismus und Pessimismus.

Über das metaphysische Bedürfnis des Menschen und den Wert seiner rechten Befriedigung gerade für Nervenkranke.

Nervöse Leiden im Lebensgange großer Männer (wie Rousseau, Lessing, Fechner, wohl auch Tolstoi u. a.).

Die Vorträge müssen nach Inhalt und Form kleine Kunstwerke sein und eindrucksvoll gesprochen werden.

Ich zitiere Laehr:

„Ich halte es für notwendig, daß die Wertschätzung der Arbeit in dem ganzen Gepräge der Anstalt und ihres Betriebes zum Ausdruck kommt, nicht nur darin, daß die Arbeitsräume leicht zugänglich, freundlich und hygienisch möglichst vollkommen eingerichtet, daß sie mit guten Instrumenten ausgestattet, ordentlich und sauber gehalten werden, sondern vor allem auch, daß diesen Betrieben von allen Angestellten eine ganz besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird. Der Arzt kann dieselben nicht oft genug besuchen und muß für den Betrieb als solchen dasselbe Interesse zum Ausdruck bringen, welches er etwa bei den Instrumenten, am elektrischen Apparat, im Baderaum usw. äußern würde."

Hier stelle ich eine Forderung auf, die in „Haus Schönow" nicht erfüllt ist, nämlich die Zentralisierung der Arbeitsstätten, soweit irgend möglich, in einem besonderen Gebäude. Dieses Gebäude muß zwar von den Krankenblocks aus leicht zugänglich und darum nicht zu weit entfernt sein, sollte aber andererseits möglichst mitten in den gärtnerischen Betrieb hineingesetzt werden. Im Mittelbau ist der Sitz der Arbeitsleitung und ein Raum, in welchem Karten, Pläne, Modelle und naturwissenschaftliche Sammlungen ausgestellt sind. Der eine Seitenflügel enthält die geräuschvollen, der andere die geräuschlosen Betriebsstätten.

Arzt und Arbeitsleiter.

Das hier in genügender Deutlichkeit gezeichnete Instrument übt natürlich nur in dem Maße seine guten Wirkungen aus, als es von den rechten Männern richtig bereitet und richtig gehandhabt wird. Mit subalternen Instruktoren allein ist der volle Effekt ganz gewiß nicht zu erzielen, der Arzt muß eine den gesamten Arbeitsbetrieb beherrschende intellektuelle Persönlichkeit zur Seite haben. Wie nun müssen Arzt und Arbeitsleiter geartet sein, und welche Anforderungen sind an sie zu stellen?

Arzt und Arbeitsleiter müssen über ein ansehnliches Maß allgemeiner Bildung verfügen, jeder für sich und mehr noch in gegenseitiger Ergänzung, und auf dem Boden einer ernsten sittlichen (nicht pessimistischen) Weltanschauung stehen. Sie müssen ein geordnetes, klares und beständiges Wesen haben, wie es überhaupt für das psychische Wohlergehen der Kranken von größtem Vorteil, wie es aber zur Inswerksetzung und Aufrechterhaltung eines nach dem Grundsatz der Regelung der Tätigkeit sich abwickelnden Gemeinschaftslebens unumgänglich ist. Sie müssen

von achtunggebietender Lebensführung, menschenfreundlich, geduldig und wortgewandt sein. In die Vorträge haben sie sich zu teilen gemäß der Abgrenzung ihres Wirkungskreises, schließlich aber auch nach ihrer Begabung und der Richtung ihrer geistigen Interessen.

Im besonderen ist folgendes zu fordern:

Arzt. Vorbedingung ist, daß der Arzt der Sache innerlich zugetan ist und von ihrer allmählichen Ausgestaltung viel für die Kranken erwartet. Als „Modesache", um der Bereicherung des Arsenales willen, oder auch in einseitiger Erwartung eines wirtschaftlichen Nutzens möge nur niemand die Sache aufnehmen. Haupterfordernis ist, daß der Arzt nicht nur an Menschenleibern, sondern mehr noch am beseelten Individuum, wie es als Glied von Familie und Gesellschaft dasteht und, öfters unter Hinzutritt von Schicksalsschlägen, seine Prägung erhalten hat, Interesse nimmt. Mit anderen Worten gesagt: über den bloßen Naturwissenschaftler hinaus, wie ihn der reguläre Bildungsgang vorzugsweise hervorbringt, muß der Arzt als Psycholog erstehen und wirken können. In letzterer Eigenschaft muß er im geschaffenen Anstaltsorganismus den einzelnen dahin und dorthin zu schieben, ihn dieses und jenes als Erlebnis in sich aufzunehmen, mit ausreichender Sicherheit zu leiten wissen.

Arbeitsleiter. Der führende Arbeitsleiter muß eine dem Leben betrachtend gegenüberstehende Natur sein, die auch das Unscheinbare, wie es ihm in seinem Berufe ständig entgegentritt, unter einen höheren Gesichtspunkt zu bringen und zu würdigen vermag. Er muß über all die technischen Kenntnisse und Fertigkeiten, die hier in Betracht kommen, verfügen und volles Verständnis für das Seelenleben der Nervenkranken haben. Er muß das Gesamte der jeweils notwendigen und nützlichen Arbeiten stets ins Auge gefaßt halten und aus dem Arbeitsvorrat das dem Einzelnen auf jeder Stufe seines Entwicklungsganges gerade therapeutisch Wertvolle bereit stellen. Er muß von der Wichtigkeit seiner Aufgabe durchdrungen sein und unklare Tendenzen, wie sie sich neben ihm leicht bemerklich machen können, im Interesse seiner Schützlinge zurückweisen. Natürlich muß er sich auch Hilfskräfte heranzuziehen verstehen und durch öfteres Miteinstehen in die Arbeit auf den ganzen Betrieb belebend wirken.

Das Verhältnis zwischen Arzt und Arbeitsleiter. Im Interesse eines gedeihlichen Anstaltsbetriebes ist es für jeden seine Aufgabe richtig erfassenden Sanatoriumsleiter ganz selbstverständlich, daß er das Personal, wenigstens in seinen Häuptern, zu regelmäßigen Konferenzen versammelt. Ganz unerläßlich sind tägliche Besprechungen zwischen Arzt und Arbeitsleiter, eine Einrichtung, deren Bestehen allein schon die Kranken in ihrem Vertrauen zur Sache und im Mute, ordentlich zuzugreifen, ungemein bestärkt. In diesen Konferenzen stehen sie sich gegenüber: der Arzt als derjenige, der die Art des Erlebnisses für jeden Kranken zu bestimmen, der Arbeitsleiter als derjenige, der für den rechten Inhalt des Erlebnisses Sorge zu tragen hat. Zum Zwecke der gedeihlichen Führung der Patienten muß der Arzt über die wichtigsten Krankheitserscheinungen und die psychische Eigenart, der Arbeitsleiter über alle Wahrnehmungen von Belang, die er über das Verhalten jedes einzelnen in der Arbeit macht, das Nötige vorbringen. Zum Zwecke der eigenen Förderung und Erhaltung der Schaffensfreudigkeit muß der Arbeitsleiter aus dem Munde des Arztes erfahren, wie weit der erzielte Gesundheitsgewinn etwa auf die eigentliche Arbeitsbehandlung zurückzuführen ist, wohingegen der Arzt durch den Arbeitsleiter über die Einzelheiten in der praktischen Verwertung der Arbeit auf dem Laufenden erhalten werden muß.

Veraguth macht die Bemerkung, daß bei der Arbeitstherapie (im Vergleich zu anderen Maßnahmen) die Persönlichkeit des Arztes etwas in den Hintergrund trete. Es ist so, indem der Kranke seine Genesung nicht bloß zu erwarten, als Geschenk aus der Hand des Arztes oder von der Natur zu empfangen, sondern zum guten Teil selbst zu erringen geführt und gelehrt wird. Je mehr nun im Einzelfalle die reine Arbeitstherapie für die Genesung ausschlaggebend und besonders je geschickter von gebildeten Instruktoren diese geboten wird, um so mehr steigt letzterer im Ansehen bei den betreffenden Kranken. Nun soll mich wundern, ob nicht ärztliche Empfindlichkeit noch auf lange hinaus darin neue „Schwierigkeiten" sieht oder konstruiert und, um diese nicht erstehen zu lassen oder sie zu beseitigen, ob da nicht das ganze Niveau der Arbeitsbehandlung entsprechend niedrig eingestellt wird. So manche Erfahrungen, die ich gemacht habe, weisen ganz deutlich darauf hin und nötigen mich, das im Interesse der Sache hier festzulegen.

M. Laehr sagt in seinem zweiten Aufsatz (vom Jahre 1906): „Zur Sicherung des Erfolges ist neben den rechten Arbeitsmitteln auch der rechte Arbeitsleiter notwendig. Auf seine persönlichen Eigenschaften, Takt und Menschenkenntnis wie auch auf seine besondere Sachkenntnis und Mitteilungsfähigkeit kommt es in erster Linie an; er soll die Kräfte des Einzelnen abschätzen, seine individuellen Neigungen und Anlagen herausfinden, bald belehrend, bald helfend, bald anerkennend eingreifen und kann deshalb nicht sorgfältig genug ausgewählt

werden. Und mit ihm muß der Arzt in enger Fühlung bleiben, damit jeder einzelne Kranke mit dem Bewußtsein arbeitet, auch hierbei unter der ärztlichen Kontrolle zu stehen." Ich konstatiere mit Genugtuung, daß hier die Figur eines führenden Arbeitsleiters im Erstehen begriffen und gut gezeichnet ist. —

Da ich nicht weiß, ob und wann ich einmal wieder die Feder in dieser Sache führe, so gestatte man mir hier einige Bemerkungen bezüglich der sozialen Stellung des Arbeitsleiters und der Formung seiner Berufstätigkeit.

Der Arbeitsleiter ist eine auf einsamem Posten stehende Lehrperson, die sich noch auf lange hinaus in der Hauptsache als Autodidakt zur Erfüllung ihrer Aufgabe zu entwickeln hat. Am ehesten noch möchte ich ihn mit einem Taubstummen- oder Blindenlehrer in Vergleich stellen. Diesen muß er bei der Regelung seiner Bezüge mindestens gleich gewertet werden, wobei noch zu berücksichtigen ist, daß ihm für den fehlenden Pensionsanspruch Ersatz zu bieten wäre. In kleineren Anstalten kann er neben seinen eigentlichen Obliegenheiten gewisse Schreibgeschäfte mit übernehmen oder sich als Gesellschafter unter den Patienten bewegen, jede andere Verpflichtung ist auszuschließen, indem sonst die Entfaltung und Befestigung seiner ganz bestimmten Ideenwelt notleiden müßte. Stets mit müden und empfindlichen Menschen in engerem Verkehr stehend, darf der Arbeitsleiter eine nicht mehr als sechsstündige Arbeitszeit haben, andernfalls müßte die geistige Spannkraft leiden. Der Arbeitsleiter muß zur ständigen Schulung seines Blickes außerhalb der Anstalt wohnen, in Berührung mit dem flutenden Leben, und als ein Stück Außenwelt belebend unter seine Zöglinge treten.

Die Kolonie Friedau, der Birkenhof und mein Gegenvorschlag.

Möbius war von „Haus Schönow" nicht recht befriedigt. Im Oktober 1901 schrieb er mir wörtlich: „Mein Hauptbedenken ist, daß mir die ganze Anstalt zu sehr Krankenhaus ist und die Beschäftigung im Grunde doch Spielerei. Das Richtige wäre doch ein wirklicher Betrieb (Landgut, Gärtnerei), in den der Kranke eingefügt würde und in dem er irgendwie zum Gewinne und Gedeihen des Ganzen beitragen müßte." Damit hatte Möbius Recht und Unrecht zugleich.

Er hatte Recht insoweit, als „Haus Schönow" später durch eine Angliederung, den „Birkenhof", seine Wirksamkeit erweiterte, somit eine gewisse Unzulänglichkeit seiner bisherigen Einrichtungen selbst anerkannte, und er war weiterhin in einem gewissen Recht, insofern als, in den ersten Jahren wenigstens, die Arbeitsorganisation in der Heilstätte noch nicht auf der erforderlichen Höhe war, namentlich die rechte geistige Seite der Arbeit, die rechte Wertgebung noch nicht deutlich genug zum Durchbruch gekommen war.

Zum anderen befand sich Möbius in einem gewissen Unrecht, insofern als wir des Krankenhauses doch auch benötigen und besonders insofern, als die Betätigung — nicht in ihrer Gesamtheit, aber doch zu einem Teil —, von außen gesehen, sich wie Spielerei ausnehmen kann, indes sie doch und zwar gerade mit dadurch den Arbeitenden fördert. Sagte doch Möbius selbst in seiner Flugschrift: „Jede Tätigkeit, durch die einer gesünder, leistungsfähiger, reifer, besser wird, ist nützlich", wie das auch Rieger klar feststellte: „Für das Möbiussche Problem käme nun freilich der äußere Nutzen der Arbeit direkt nicht in Betracht, und wofern nur die Kranken inneren Vorteil von ihrer Arbeit hätten, so könnte auf einen äußeren Nutzeffekt verzichtet werden."

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Gesellschaft deutscher Nervenärzte.** Erste Jahresversammlung in Dresden, am 14. und 15. September 1907. (Fortsetzung)

9. Herr Saenger, Hamburg: „Über Herdsymptome bei diffusen Hirnerkrankungen".

Nicht immer entspricht dem Auftreten von Herdsymptomen eine lokalisierte organische Veränderung im Gehirn. So kommt es bei Meningitis, speziell M. tuberculosa nicht selten zu lokalisierten Symptomen. Vortr. hat schon 1903 Fälle von umschriebener tuberkulöser Meningitis mitgeteilt. In seltenen Fällen kann sich auch die eitrige Meningitis lediglich durch Herdsymptome bemerkbar machen, desgleichen sarkomatöse Meningitis. In einem Falle von rechtsseitiger Lähmung fand sich nichts als eine diffuse Lepto-Meningitis. Scharf umschriebene Herdsymptome, die manchmal bei Karzinomatose vorkommen, sind oft der Ausdruck einer mikroskopischen karzinomatösen Infiltration der Pia. Ferner kann eine diffuse Encephalitis Herdsymptome machen, am häufigsten gibt aber der chronische Hydrocephalus Anlaß zu Irrtümern, indem meistens ein Hirntumor dabei diagnostiziert wird.

Lumbal- und Hirnpunktion, sowie das Röntgenbild werden weiter herangezogen werden müssen, um die Allgemein- von den Lokalerkrankungen besser sondern zu können.

Diskussion:

Herr Redlich macht darauf aufmerksam, daß bei der senilen Atrophie Herderscheinungen relativ häufig sind, u. a. Aphasie hervorrufen können. In solchen Fällen deckt oft erst die mikroskopische Untersuchung eine besondere Verstärkung des atrophischen Prozesses in der entsprechenden Rindenpartie auf.

Herr Saenger (Schlußwort) konnte bei der Kürze der Zeit nicht auf alle diffusen Hirnaffektionen eingehen, die sich durch Herdsymptome dokumentieren können. Auch auf die Cysticerkose und namentlich auf die diffusen Gefäßerkrankungen hätte er hinweisen müssen, die beide nicht selten einen Hirntumor vortäuschen können.

10. Herr von Frankl-Hochwart und von Eiselsberg: „Über operative Behandlung der Hypophysistumoren".

Die Vortragenden berichten über einen 20 jährigen Patienten, bei dem bereits 1901 ein Hypophysistumor diagnostiziert worden war. Er litt seit 1899 an Anfällen von Kopfschmerzen mit Erbrechen. Der Befund war damals negativ. Von 1901 an nahm er rasch an Körpergewicht zu und es kam Sehschwäche, erst links, dann rechts hinzu. Die Augenuntersuchung ergab damals Atrophie des Nervus opticus links, rechts bestand temporale Hemianopsie. Auffallend war das bedeutende Körpergewicht und die allgemeine Verfettung, der Penis war zwischen Fettanhäufungen eingelagert, so daß sich das Genitale dem femininen Typus näherte. Auch in der Mammillargegend starke Fettanhäufung. Unter Thyreoidinbehandlung Besserung, doch verminderte sich der Fettansatz nicht wesentlich, die sexuellen Funktionen fehlten. 1905 wieder Verschlechterung, 1907 neuerdings Hemianopsie. Im Röntgenbild jetzt Keilbeinkörper und Sattellehne zerstört, Prozessus clinoidei antici erhalten. Am rechten Auge jetzt auch Atrophie der temporalen Papillenhälfte. Der Fall zeigt, daß beim Fehlen akromegalischer Symptome das Vorhandensein anderer trophischer Störungen, eine rasch sich entwickelnde Fettsucht oder eine an Myxödem erinnernde Hautveränderung auf die Hypophyse hinweisen, wenn entsprechende Augensymptome dazu kommen.

Auf Grund dieses diagnostischen Satzes konnte Berger bei einem ähnlichen Patienten die Diagnose stellen. Es handelte sich um einen 16 jährigen Lehrling, der an Kopfschmerz, Erbrechen, Schlafsucht, Optikusatrophie erkrankte. Patient war klein, infantil, das Genitale sehr dürftig, Scham- und Achselhaare fehlten, Körperfett mächtig entwickelt. Die Autopsie bestätigte die in vivo gestellte Diagnose, es fand sich eine Epithelial-Geschwulst des Infundibulum.

Als bei dem erwähnten Patienten die Kopfschmerzen sehr heftig wurden, wurde ein operativer Eingriff nach der nasalen Methode unternommen. v. Eiselsberg schildert im einzelnen die Technik des Vorgehens. Nach der Operation besserte sich der Zustand insofern, als die Kopfschmerzen kaum mehr auftraten und das Sehvermögen sich hob. Das Gesichtsfeld hatte sich temporal bedeutend erweitert. Die weitere Behandlung bestand in Ernährungskur, Hydro- und Galvanotherapie. Bei der Untersuchung am 8. September 1907, drei Monate nach der Operation gab Patient an, daß er seit Ende August keine wesentlichen Beschwerden mehr habe. Er hat zwei Kilo an Körpergewicht abgenommen. Die Augenuntersuchung ergab eine weitere Besserung.

Diskussion:

Herr Oppenheim berichtet kurz über einen mit Krause beobachteten Fall, in welchem eine Geschwulst des Cerebellum, der Vierhügel und des Ventrikeldaches die Erscheinungen eines Hypophysistumors vorgetäuscht hatte.

Herr Schüller: Der Zusammenhang zwischen Hypophysistumor und Genitalatrophie wird durch einen Fall von Nazari beleuchtet. Hier fand sich bei einem 20jährigen Individuum bei histologischer Untersuchung ein dem embryonalen entsprechender Befund des Testikels. Es scheint also die Hodenaffektion der Hypophysenaffektion koordiniert zu sein. Die Fettsucht könnte dann eine Folge der Genitalaplasie sein.

Herr Mingazzini: Fichera hat nach Kastration von Stieren und Hähnen gesehen, daß makroskopisch wie histologisch die Hypophysis sich vergrößerte.

Es existiert also augenscheinlich ein Zusammenhang zwischen den Funktionen beider.

11. Herr Reicher, Wien: „Kinematographie in der Neurologie".

Vortr. hat nach Überwindung von allerhand technischen Schwierigkeiten, die besonders in der genauen Zentrierung der Bilder bestanden, lückenlose Schnittserien aus dem Zentralnervensystem von Menschen und Tieren auf Filmbänder photographiert und demonstriert vermittels des Kinematographen den Verlauf der Faserbahnen nach Art eines aktiven Vorganges. Er verspricht sich von dem Verfahren besonderen Wert für Lehrzwecke. (Fortsetzung folgt.)

Referate.

— Über den Schwachsinn, nebst seinen Beziehungen zur Psychologie der Aussage. Von Dr. med. Hampe, Nervenarzt in Braunschweig. Für Ärzte, Juristen, Eltern, Lehrer. Braunschweig 1907, Verlag von Fr. Vieweg & Sohn.

Verf., welcher Anhänger der Lehren Flechsigs ist, beschäftigt sich in der klar und allgemein verständlich geschriebenen Abhandlung mit der Ätiologie und der Symptomatologie des Schwachsinns, namentlich mit dessen leichteren Formen. Gleichzeitig gibt er auf Grund seiner Erfahrungen beherzigenswerte Winke für die forensische Beurteilung Schwachsinniger. Für die Beurteilung derjenigen Formen, welche zum moralischen Schwachsinn gerechnet werden, macht er mit vollem Recht auf folgendes aufmerksam: Es kommt weniger darauf an, ob eine intellektuelle Schwäche vorliegt, als vielmehr auf das Mißverhältnis zwischen treibenden Gefühlen oder Affekten und hemmender Intelligenz.

Arnemann-Großschweidnitz.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 42. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 42. 11. Januar 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Bedeutung der Sachverständigen.

Zu dem gleichnamigen Aufsatz des Herrn Oberstaatsanwalts Peterson in Nr. 16/17 der „Deutschen Juristen-Zeitung" (Jahrg. 1907).

Von Stabsarzt Dr. *Lobedank*, Hann.-Münden.

Nach Herrn Oberstaatsanwalt Peterson bedarf der Richter nicht des Rats des Sachverständigen darüber, „ob eine krankhafte Geistesverfassung geeignet war, die freie Willensbestimmung auszuschließen". Denn der Begriff der freien Willensbestimmung sei „unendlich schwankend und vor allem sicherlich kein medizinischer".

Richtig, die „freie Willensbestimmung" ist kein medizinischer Begriff. Denn der Mediziner weiß mit dem „freien" oder, was dasselbe wäre, ursachslosen Willen nichts anzufangen. Aber es handelt sich in foro ganz und garnicht um die abstrakte Begriffsbestimmung des viel umstrittenen freien Willens, sondern um die höchst konkrete Frage, ob der Angeklagte bei Begehung der inkriminierten Handlung infolge der etwa nachgewiesenen krankhaften Geistesbeschaffenheit verhindert war, nach normalen Motiven zu handeln, kurz um den Kausalzusammenhang zwischen der etwaigen Geistesstörung und der unter Anklage stehenden Tat. Mir ist es unerfindlich, wie man verkennen kann, daß zur Erkenntnis dieses Kausalzusammenhangs psychologische und psychiatrische Fachkenntnisse oft unentbehrlich sind.

Tatsächlich stehen auch durchaus nicht alle Richter auf dem Standpunkt Petersons. Und daher wird der Sachverständige sehr oft in praxi um den nach Peterson entbehrlichen Rat ersucht. Ich fände es bedauerlich, wenn der eine oder andere Richter sich durch die Ausführungen des Herrn Oberstaatsanwalts zu einem abweichenden Verhalten bestimmen ließe.

Mit Peterson beklage ich es tief, daß nicht selten Individuen, die nach § 51 Str. G. B. außer Verfolgung gesetzt wurden, infolge der ungenügenden gesetzlichen Bestimmungen über die Internierung gemeingefährlicher Geisteskranker wieder Gelegenheit erhalten, die Rechtssicherheit zu gefährden. Man sollte wegen dieser bedauerlichen Tatsache auf eine Verbesserung der bestehenden Gesetze sinnen. Geradezu bedenklich erscheint es mir aber, wenn ein Jurist unter Hinweis auf den jetzigen Mißstand vor den „Übergriffen" des Psychiaters warnen zu müssen glaubt. Etwaige Übergriffe kann der Vorsitzende zurückweisen. Im übrigen hat der Psychiater sich nicht um die sozialen Folgen seines Gutachtens zu kümmern, sondern lediglich nach seiner wissenschaftlichen Überzeugung die ihm vorgelegten Fragen zu beantworten. Und der Richter hinwiederum darf bei der Bewertung des Sachverständigen-Gutachtens gleichfalls keinen Erwägungen um die etwaigen aus seiner Stellungnahme erwachsenden sozialen Schäden Raum geben. Ich bin durchaus für die Unabhängigkeit des Richters vom Sachverständigen, halte es aber für gänzlich verfehlt, zum Schutz dieser angeblich bedrohten Unabhängigkeit auf die Gefahren zu deuten, welche der Gesellschaft von manchen nach § 51 dem Strafverfahren entgangenen Individuen drohen.

Sehr befremdet hat mich schließlich der Ausspruch Petersons, daß, wenn es nach den Anhängern einer auf die Physiologie und Psychologie des Verbrechens gestützten Strafrechtsreform ginge, „die unfehlbare medizinische Wissenschaft sich ebenso selbstbewußt und untergrabend in die Rechtssprechung eindrängen" würde, „wie es einst im sinkenden Mittelalter die Kirche getan hat". Von dem verfehlten Vergleich zwischen einem Zweig der im Fluß befindlichen Naturwissenschaft und der mittelalterlichen Kirche will ich absehen. Nur das sei hervorgehoben, daß die Reformbewegung, welche Rücksichtnahme auf die Biologie des Verbrechertums fordert, an und für sich nichts spezifisch Medizinisches ist. Die Anwendung

biologischer Erkenntnisse auf die Einrichtungen der menschlichen Gesellschaft wird nur deshalb heute vorzugsweise von Medizinern verlangt, weil diese zurzeit vorzugsweise im Besitz jener Erkenntnis sind. Ist letztere aber erst in weitere Kreise vorgedrungen, z. B. auch unter die Strafrichter, so wird auch die Vorstellung nicht mehr herrschen, daß sie medizinischen Charakter habe. Die Biologie des Verbrechers wird einst ein vollberechtigter Zweig der richterlichen Berufswissenschaft sein, nicht etwas einer ganz anderen Wissenschaft Entlehntes, das sich unberechtigt in die Rechtspflege eindrängt. Wenn Herr Oberstaatsanwalt Peterson auf die Gefahren hinweist, die der Gesellschaft angeblich durch zu große richterliche Nachgiebigkeit gegenüber dem die Anwendung des § 51 fordernden Psychiater drohen, so möchte ich an die Tatsache erinnern, daß unter dem heutigen Sühnerecht ein Heer von brutalen Verbrechern immer wieder auf die Menschheit losgelassen wird, obwohl unendlich viele von ihnen ihre Unverbesserlichkeit hinreichend durch Taten erwiesen haben. Diesen im klinischen Sinne gesunden Bestien gegenüber wiegen die nach § 51 exkulpierten gemeingefährlichen Geisteskranken nicht gar viel. Und vor solchen Verbrechern wollen diejenigen, die nach Petersons Ansicht „untergrabend“ sich in die Rechtssprechung eindrängen, die menschliche Gesellschaft nicht minder schützen wie vor den Geisteskranken, die zurzeit weder vom Strafrichter noch vom Irrenarzt unschädlich gemacht werden können.

Nachtrag.

Der vorstehende Artikel war von Herrn Stabsarzt Dr. Lobedank zuerst der Redaktion der „Deutschen Juristen-Zeitung“ zum Abdruck übersandt worden, in welcher Petersons Aufsatz erschienen ist. Sie hat die Aufnahme abgelehnt mittels des nachstehenden Schreibens, das Herr Dr. Lobedank der Ps.-N.-Wochenschrift gütigst zur Verfügung gestellt hat. Kommentar überflüssig!

BERLIN W. 57, den 17. Dezember 1907.
Potsdamerstr. 96

Herrn Stabsarzt Dr. Lobedank,
H. Münden.

Hochgeehrter Herr!

Indem wir Ihnen für Ihre gefällige Einsendung vom 5. d. M. bestens danken, bedauern wir Ihnen nicht dienlich sein zu können.

Wider Erwarten ist auch neuerdings eine so große Zahl höchst wichtiger für den gesamten Juristenstand bedeutungsvoller gesetzgeberischer Vorlagen vorgelegt worden, und es sind nunmehr während der parlamentarischen Tätigkeit im Reiche und in den Bundesstaaten so außerordentlich viele andere wichtige juristische Begebenheiten zu erörtern, daß wir uns gegenwärtig mit den einzelnen Fragen nicht allzu lange aufhalten, sondern es zumeist bei der einmaligen Untersuchung bewenden lassen müssen. Es kommt dazu, daß Ihre Ausführungen sich an einen Aufsatz anschließen, der schon vor einiger Zeit erschienen ist; Ihre Erwiderung müßte somit bald veröffentlicht werden, wenn sie überhaupt noch Zweck haben sollte. Bei den gegenwärtigen Verhältnissen ist es uns aber gänzlich unmöglich, in nächster Zeit nochmals Raum für diese Materie zur Verfügung stellen zu können.

In dritter Linie möchten wir unsere Ablehnung damit begründen, daß es uns nicht zweifelhaft ist, daß an Ihre Äußerung eine weitere Diskussion sich anschließen würde. Wir haben Herrn Oberstaatsanwalt Peterson auf Grund der in letzter Zeit in so außerordentlich zahlreichem Maße uns zugegangenen Wünsche gebeten, zu dieser Frage sich zu äußern. Wir glauben daher nicht im Zweifel zu sein, daß Ihre Ansicht von der weit überwiegenden Zahl deutscher Juristen nicht geteilt wird. Die unausbleibliche Folge wäre daher, daß eine nochmalige weitere Erörterung schon deshalb nötig würde, weil wir dann Herrn Peterson nochmals Gelegenheit geben müßten, sich gegen Sie zu wenden. Dies würde aber neuerdings den Raum unseres Blattes zu sehr in Anspruch nehmen.

Im übrigen will es uns scheinen, daß Sie zweckmäßiger Weise Ihre Ansicht in einem medizinischen Blatte, vielleicht der Sachverständigen-Zeitschrift, zum Abdruck bringen lassen. Dort werden Sie voraussichtlich bei weitem mehr Anhänger finden, wie in unserem Organ oder überhaupt in einem juristischen Blatte. Wir haben ausschließlich gänzlich zustimmende Äußerungen zu der Petersonschen Ansicht und keine Entgegnung erhalten, ein Beweis, daß Sie wohl auch in Ihrem Interesse gut daran tun würden, die Sache vor das medizinische Forum nunmehr zu bringen.

Wir bedauern daher, Ihnen nicht dienlich sein zu können, und zeichnen mit vorzüglicher Hochachtung

ergebenst

Deutsche Juristenzeitung
Die Redaktion.
(Unterschrift unleserlich.)

Die Sanatorien für Nervenleidende und die „Arbeitstherapie“.

Von *G. Chr. Schwarz*, technischer Leiter in Dr. Woringers Sanatorium, Schirmeck i. Els.

(Fortsetzung.)

Die Kolonie Friedau.

Im Sommer 1902 trat in unverkennbarem Gegensatz zu „Haus Schönow“ das Projekt der „Kolonie Friedau“ hervor. Auf einem 1 qkm großen Terrain sollte ein landwirtschaftlicher Betrieb und Betriebsstätten anderer Art in dem Sinne eingerichtet werden, daß die Bedürfnisse der Kolonie so viel wie möglich durch den eigenen Betrieb gestillt werden könnten.

Mitglieder der Gemeinschaft (100 an der Zahl) sollten sein Gesunde, Nervenkranke und beginnende oder genesende Alkoholkranke, und zwar nicht allein zum Zwecke bloßer Kuren, sondern erforderlichenfalls mit Gewährung einer ganzen oder teilweisen wirtschaftlichen Existenz, entweder vorübergehend oder im Einzelfall auch auf Lebenszeit.

Das Komitee der Kolonie Friedau bestand aus den Herren Bleuler, Möbius, Ringier und Grohmann. Ich gehe aber wohl in der Annahme nicht fehl, daß die eigentlichen geistigen Urheber Möbius und Grohmann sind, und möchte den Plan als das Ergebnis eines Zusammenwirkens der Überzeugungen dieser beiden Männer bezeichnen.

Möbius wollte möglichst nur wirtschaftlich direkt nützliche Arbeit in möglichst mannigfaltigen Arbeitsgelegenheiten als dem Zweck vermeintlich allein oder doch am besten dienend beschaffen. So brauchte er eine möglichst breite Basis für die Nervenheilstätte, und diese breite Basis konnte nur ein großes Landgut abgeben. Weil aber mit Nervenschwachen allein ein solcher Betrieb nicht zu führen ist, so suchte Möbius nach einem Unterbau, bestehend in auch hilfsbedürftigen Menschen, aber von robusterer Beschaffenheit. Hierauf fußend, sollten die in erster Linie ins Auge gefaßten Patienten das ihnen Gemäße in einem „verklärten Landleben" finden.

Grohmann hatte diesen Unterbau zur Hand in einem großen Teil seiner Psychopathen, als Leuten, bei denen er genügende Rüstigkeit in Vereinigung mit geringerer Empfindlichkeit der Art der Arbeit gegenüber vorgefunden hatte. Ihm mußte auch nach seinen geringen Erfolgen mit den bloßen Beschäftigungsgelegenheiten die Möbiussche Idee des weltlichen Klosters imponieren wegen der darin einbegriffenen strengen Zuchtübung.

War — vom Standpunkte der Nervenschwachen betrachtet — „Haus Schönow" in der ersten Zeit seines Bestehens nach Zusammensetzung des Patientenmaterials in der Tat zu sehr Krankenhaus, was immerhin hemmend auf die rechte Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten wirkte, so trat das Projekt der „Kolonie Friedau" zu sehr als „Arbeitshaus", als Produktionsstätte in die Erscheinung.

In „Haus Schönow" hat sich im Laufe der Jahre eine vorteilhafte Verschiebung vollzogen durch Erhöhung des Kontingents von an Neurosen Leidender von 62,1% auf 77,7, bezw. 80,1% und entsprechender Minderung des Vertretenseins schwererer Krankheitsformen. Wäre die „Kolonie Friedau" zur Wirklichkeit geworden, so hätte sich sehr wahrscheinlich in der ersten Zeit und vielleicht selbst dauernd eine übermäßige Besetzung durch Psychopathen ergeben, und im Interesse der Nervenschwachen hätte sie eine entsprechende Wandlung, besonders auch in Hinsicht der Arbeitsorganisation, erfahren müssen.

Möbius hat meine Charakterisierung der Nervenheilstätte als einer „Schule" anerkannt, aber doch, wie ich es ansehe, nur in dem Sinne, daß die Kranken „leben lernen" sollten. Ich kam aber zur Bezeichnung „Schule" vorwiegend deswegen, weil ich die Patienten nicht genügend als eigentliche Gärtner und Tischler u. dergl. ansehen und bewerten kann, freilich auch nicht als eigentliche Gartenbau- oder Handwerksschüler, sondern als Zwischenerscheinung zwischen beiden, woraus sich die Notwendigkeit einer besonderen methodischen Führung ergibt.

Das Projekt der „Kolonie Friedau" konnte aus Mangel an Geld nicht verwirklicht werden. Der Appell an begüterte Wohltäter ist, verglichen insbesondere mit der Entstehung von „Haus Schönow", trotz allgemeiner Befürwortung von seiten erster Fachmänner geradezu völlig ergebnislos geblieben. Die Gründe des Scheiterns sind meines Erachtens vorwiegend die:

1. dem als internationale Gründung auf schweizer Boden geplanten Unternehmen stand der Partikularismus als zu schwerwiegend gegenüber;
2. bei vielen haben sich sehr wahrscheinlich Zweifel an einer gedeihlichen Zusammenfassung der heterogenen Elemente erhoben;
3. insbesondere mochte das Verwiesensein der Nervenschwachen auf lediglich ökonomisch wertvolle Arbeitsleistungen als dem Zwecke nicht recht entsprechend empfunden werden.

Im Gange der Reformbestrebungen ist die Bedeutung des Projektes der „Kolonie Friedau" etwa wie folgt einzuschätzen:

1. Die gegensätzliche Stellung zu „Haus Schönow" hob die noch herrschende Unklarheit in der zweckmäßigsten Gestaltung der Heilstätten und damit überhaupt das Schwierige der ganzen Frage in scharfer, im damaligen Stadium der Entwicklung geradezu beunruhigender Weise hervor;
2. es wurde die Überzeugung vertreten, daß eine Vereinigung von Nervenschwachen mit andersartigen Bedürftigen, besonders gewissen Psychopathen, nicht nur angängig, sondern im Interesse der Arbeitspflege von großem Vorteil, ja sogar notwendig ist;
3. die weitere Ausgestaltung von „Haus Schönow" durch Angliederung des „Birkenhofes" mochte dadurch immerhin beeinflußt, mindestens beschleunigt worden sein.

Der Birkenhof.

Der „Birkenhof" ist ein 1½ Stunden von „Haus Schönow" entfernt gelegener gärtnerischer Betrieb von mehr als 1 ha Größe mit einem villenartigen Wohnhaus, in dem 16 bis 20 Pensionäre Aufnahme finden können. Dorthin sollen solche der Heilstätte entwachsene Männer, die zur Wiederaufnahme ihres Berufes noch nicht zuversichtlich und gefestigt genug sind und denen von seiten der Arbeitgeber mit Mißtrauen begegnet wird oder die überhaupt zunächst keine passende Stelle finden können, auf einige Monate übersiedeln. Sie unterstehen zunächst einer fachmännischen Betriebsleitung, in zweiter Linie der von „Haus Schönow" aus geübten ärztlichen Oberaufsicht. Ihren Unterhalt haben sie sich zu erarbeiten und, wenn möglich, noch einen Spargroschen zu erwerben, um dann genügend gestählt bei passender Gelegenheit wieder ins volle Leben zu treten.

Der „Birkenhof" ist im März 1905 eröffnet worden. Seine Entstehung bereitete sich, genau besehen, schon vom ersten Betriebsjahr der Heilstätte an vor. Durch das Fehlen einer solchen Durchgangsstätte war so mancher Kurerfolg wieder verloren gegangen. Der deswegen vom dritten Betriebsjahr (1902) ab unternommene Versuch, einigen aus dem eigentlichen Krankenverbande ausgeschiedenen Bedürftigen durch Einstellung als Arbeitsgehilfen in die Anstaltsbetriebe den Übergang in die Berufsarbeit zu erleichtern, hatte sich bewährt. Aber die Einrichtungen der Heilstätte gestatteten eine derartige Unterbringung nur in ganz geringem Umfange. So mußte ein Ausweg gesucht werden.

Zu eingehenderer Information über die Notwendigkeit und die Art der Ausgestaltung von Gründungen wie der „Birkenhof" dient der Aufsatz M. Laehrs: „Wie sichern wir den Heilerfolg der Anstalten für Nervenkranke?" im „Archiv für Psychiatrie", Bd. 40.

„Haus Schönow" ist seit der Angliederung des „Birkenhofes" dem Plane der „Friedau" näher gerückt. Welches ist nun der Unterschied zwischen beiden? Nach Laehr ist er nicht etwa nur entwickelungsgeschichtlich gegeben, sondern ein prinzipieller:

1. Die Trennung in zwei selbständige Institute ist notwendig
   a) mit Rücksicht auf die verschiedenartige Organisation der Arbeit, entsprechend dem verschiedenen Kraftmaß der Arbeitenden und dem verschiedenen Ziel, auf das hingearbeitet wird,
   b) besonders aber deswegen, damit die mit Anstellungsschwierigkeiten Kämpfenden nicht mehr mit ärztlichem Gesundheitsattest in der Hand aus einer Heilstätte, sondern mit einem Arbeitszeugnis in der Hand aus einer Betriebsstätte kommend, vor die Arbeitgeber hintreten können.
2. Psychopathisch Minderwertigen, besonders mit asozialen oder gar antisozialen Eigenschaften, ist sowohl bei nachgesuchter Aufnahme in die Heilstätten, als auch in die Durchgangs-Arbeitsstätten mit Zurückhaltung zu begegnen:
   a) in die Heilstätten gehören sie nur dann, wenn bei ihnen ein vorübergehender Erschöpfungszustand eingetreten ist,
   b) in die Durchgangsstätten aber sollte man sie nur dann aufnehmen, wenn begründete Aussicht zum Wiedereintritt in die freie Gesellschaft vorliegt und sie die anderen Arbeitenden nicht beunruhigen.

In den Jahren 1905 und 1906 siedelten 34 Männer nach dem Birkenhof über. Ihrem Berufe nach waren es 16 Kaufleute, 8 Kopfarbeiter verschiedener Art, 3 aus dem Buchdruckergewerbe, 1 Buchbinder, 1 Tischler, 1 Schneider, 1 Dachdecker, 1 Gärtner, 2 Arbeiter. Von diesen konnten 20 wieder zu ihrem Berufe übergehen, in 8 Fällen wurde der Zweck nicht erreicht.

Mein Gegenvorschlag.

Daß ich in der „Kolonie Friedau", so wie der Plan hervorgetreten ist, nicht das rechte Vorbild einer Nervenheilstätte sehe, vielmehr sie als sehr ausgestaltungsbedürftig hingestellt habe, wissen die, die mich beachtet haben, schon seit Jahren. Aber auch den „Birkenhof" sehe ich als seinem Zwecke nicht recht entsprechend an, ich sehe in ihm lediglich ein vorgeschobenes und zeitlich gerechtfertigtes Werk, das durch Gründungen von viel größerer Wirksamkeit abgelöst werden wird.

Mein Gegenvorschlag ist ein Zukunftsprogramm, das, wie ich vermute, erst dann ausgeführt werden kann, wenn sich ein Netz von Volksnervenheilstätten über das ganze Vaterland ausgestreckt haben wird. Ich will die aus den Heilstätten Kommenden, die „Schul"-entlassenen, die aufgehört haben, ein Behandlungsobjekt des Arztes zu sein, soweit sie nun noch nicht wirtschaftlich tüchtig genug sind oder auch vor der Notwendigkeit eines Berufswechsels stehen, gleich in ihre Berufsarbeit stellen. Das erstrebe ich in folgender Weise:

Jeder Heilstätte ist in mäßiger Entfernung eine Betriebsstätte in ganz oder doch annähernd der Vollkommenheit anzugliedern, wie sie das volle wirtschaftliche Leben aufweist. Also der einen Heilstätte ist eine Schreinerei (mit maschinellen Einrichtungen), der andern eine Schlosserei usw., eine Buchdruckerei,

Schuhfabrikation, Schneiderei und wie die Gewerbe alle heißen und soweit sich das irgend machen läßt, anzugliedern. Diese Betriebe unterstehen fachmännischer, mit Rücksicht auf den Zweck noch besonders instruierter und erprobter Leitung, und sie erhalten ihre Arbeitskräfte aus all den vielen Heilstätten zugeteilt mit der Angabe, eine wie viel prozentige oder wie viel stündige Arbeitsfähigkeit jeder einzelne zum Eintritt mitbringt. Jeder bekommt den Lohn gemäß seinen Leistungen, kann sich, eventuell mit Familie, auf Zeit am Orte ansiedeln und verbleibt diesen Betrieben, bis er wieder auf die volle Höhe der im Leben verlangten Leistungsfähigkeit emporgekommen ist. Arbeitgeber dieser Betriebe sind nicht so sehr die Nervenheilstätten selbst, als vielmehr all die vielen Institute, in denen aus der Gesellschaft dauernd oder vorübergehend ausgeschiedene Menschen ihre Tage verbringen (Irrenanstalten, Blindenanstalten, Siechenhäuser, Waisenhäuser usw.). Alle Fürsorgeinstitute, besonders wenn sie selbst Erzeugnisse abzusetzen haben, müßten überhaupt einen Verband gründen, einen Ring bilden, zwecks Abnahme und Austausch ihrer Produkte, so weit das irgend angängig ist. Die Übersicht über den Arbeitsmarkt vermittelt eine besondere Zeitung. Jede solche Betriebsstätte hat auch ein kaufmännisches Bureau nötig, in welchem die Kaufleute Arbeit und Unterkommen finden.

Dies mein Gegenvorschlag! Welche Einwände wird man dagegen erheben mögen? Etwa den, daß dann vielen Betrieben in der Welt draußen Verdienstgelegenheiten entzogen sind? Ein solcher Einwand wäre ein Unrecht und zeugte von Blindheit, indem ja nun auch, umgekehrt, viele Anstalten nicht mehr nötig hätten, für ihre Erzeugnisse Absatz in der freien Welt zu suchen, sofern nur erst einmal mein Plan ganz ausgestaltet und verwirklicht sein wird. Lassen wir die Gesunden unter sich konkurrieren, verhelfen wir aber auch den aus dem Weltgetriebe Verdrängten zur bestmöglichen Organisation, dabei fahren beide Teile am besten. — Ein anderer Einwand ist gewichtiger, der nämlich, daß es nicht möglich sein wird, für alle Berufe spezielle Betriebsstätten einzurichten und mit Arbeit zu versehen und daß somit die Aufteilung und Verweisung der Schutzbedürftigen an beruflich gegliederte Arbeitsstätten nicht restlos aufgeht. Das ist ganz richtig, und ich selbst vermag auch nicht abzusehen, wie z. B. für Maurer, Dachdecker, Fahrpersonal, Bergleute u. a., aber auch für Lehrpersonen, Beamte, Techniker u. dergl. in völlig einwandfreier Weise zu sorgen wäre. So weit nicht andere Betriebsstätten als immer noch geeigneter anerkannt werden müssen — z. B. für die Mehrzahl der Kopfarbeiter die kaufmännischen Bureaus, für Maurer eine Ziegelei —, bliebe nichts anderes übrig, als sie da unterzubringen, wo Gärtner, landwirtschaftliche Arbeiter, Tagelöhner gröberer Arbeitszweige angemessene Arbeit finden, in einer Kolonie nach dem Plane der „Friedau“. Eine „Kolonie Friedau“ ziehe ich aus dem Grunde einem „Birkenhof“ vor, weil ich hier nicht lediglich ein organisiertes Arbeitsfeld im engeren Sinne, sondern die Möglichkeit der Zuweisung eines bestimmten Pflichtenkreises, der Erstellung von „Ämtern“ bereitet sehen möchte.

Die Vorzüge meines Gegenvorschlages liegen zu sehr auf der Hand, als daß ich sie noch besonders hervorzuheben brauchte. Mit seiner Verwirklichung wäre der von Möbius verlangte „zweckmäßig eingerichtete Organismus, den die Tätigkeit aller seiner Glieder erhält“, in einer Vollkommenheit geschaffen, wie er in einer landwirtschaftlichen Kolonie auf noch so breiter Basis unmöglich zu erstellen gewesen wäre.

Ich empfehle, die Errichtung einer Buchdruckerei als erst zu gründende Spezial-Arbeitsstätte ins Auge zu fassen. Dieser müßte die Herstellung aller Formulare, die in den vielen Instituten gebraucht werden, der Jahresberichte und der oben verlangten Zeitung übertragen werden. Ich habe mit hier zur Kur gewesenen Schriftsetzern und mit einem Druckereibesitzer den Plan besprochen; von beiden Seiten wurde mir die Durchführbarkeit bestätigt.'

Das Sanatorium „Rasemühle".

Die Rasemühle bei Göttingen ist auf Anregung des Professors Cramer, des Vertreters des Lehrstuhles der Psychiatrie und Nervenheilkunde der Universität Göttingen, von der Provinz Hannover erworben und zu einem Sanatorium für Nervenkranke mit einer Aufnahmefähigkeit von etwa 75 Patienten umgestaltet worden. Die Anstalt wurde im Oktober 1903 eröffnet und die Pflege der Arbeit als Heilmittel in ihr von vornherein vorgesehen. Dem freundlichen Entgegenkommen Prof. Cramers, dessen Oberleitung das Sanatorium untersteht, verdanke ich nachfolgenden kleinen Aufsatz über die bisherige Wirksamkeit des Sanatoriums in Hinsicht der Arbeitsbehandlung:

Seit Bestehen des Sanatoriums findet in ihm im Rahmen der gegebenen Verhältnisse eine Beschäftigungstherapie statt. Entsprechend dem Umstande, daß ein Hauptgewicht auf individuelle Behandlung jedes Einzelfalles unter Heranziehung aller zu Gebote stehenden Faktoren des modernen Heilplans bei Nervösen gelegt wird, d. h. daß außer der Beschäftigungstherapie auch eine Reihe anderer Maßnahmen zu ihrem Rechte kommen, unterliegt diese allerdings als vornehmster Teil der Behandlung angesehene Therapie gewissen Beschränkungen.

Zur Zeit ist aus oben erwähntem Grunde eine doppelte Routine der Arbeitstherapie eingerichtet und zwar:

Routine I, vor- und nachmittags je zwei Stunden, im ganzen also vier Stunden Arbeit;

Routine II, vor- und nachmittags je eine Stunde, im ganzen also zwei Stunden Arbeit.

Daneben Hausbeschäftigung (Helfen beim Zimmerreinigen, Bettmachen usw.).

Männer und Frauen beider Verpflegungsklassen werden beschäftigt mit:

- Gartenarbeiten,
- Feldarbeiten,
- Blumenzucht (Ablegen, Okulieren etc.),
- Holzhacken und -sägen,
- Reparaturarbeiten verschiedenster Art, entsprechend dem Handwerk des einzelnen,
- Bureauarbeiten,
- Handarbeiten, Beschäftigung in Kochküche und Plättstube. } Frauen.

Die Patienten, die zur Beschäftigung geeignet scheinen, machen meist anfangs Routine I, später Routine II durch, eventuell auch gleich letztere.

Anfang nächsten Jahres werden eingerichtet Werkstätten usw.

- Tischlerei und Drechslerei,
- Buchbinderei,
- Beschäftigungsraum für Frauen.

Ein Hauptgewicht wird weiter gelegt auf Gymnastik, Turnen und Sport.

Auch hier bestehen zwei Routinen:

I. Tägliche Gymnastik;

II. Gymnastik einen um den anderen Tag.

Arbeit sowohl wie Körperübung stehen unter direkter ärztlicher Leitung bis zum Teil persönlicher Mitbetätigung des Arztes.

Zur Arbeitstherapie werden etwa $^3/_4$ der Patienten herangezogen; $^1/_4$ erscheint aus ärztlichen Gründen unbrauchbar.

Es wird in beiden Routinen einen um den anderen Tag gearbeitet, der freie Tag steht für andere Behandlungsarten (Elektrisieren, Massage usw.) zur Verfügung.

An den Arbeitstagen wechselt die Arbeitszeit ab mit Bad und Liegekur.

Daneben besteht völlig freie Bewegung der Patienten (Spaziergänge usw.).

Renitenz gegen die Verordnung der Arbeit hat von Jahr zu Jahr abgenommen und beschränkt sich zur Zeit auf Einzelfälle.

Die Bedeutung der „Rasemühle" liegt vor allem darin, daß sie das erste (und bis jetzt einzige) staatliche Sanatorium ist, errichtet in einer Zeit, in der eine gesetzliche Verpflichtung zur Fürsorge ungenügend bemittelter Nervenleidender noch nicht besteht.

Ihre Bedeutung für die Arbeitstherapie liegt nicht etwa — was ja wohl denkbar gewesen wäre — in einer weitergehenden Ausnutzung derselben über den derzeitigen Stand hinaus, vielmehr in deren Anerkennung als „vornehmsten Teil der Behandlung".

In Berücksichtigung des damals (1903) bereits vierjährigen Bestehens von „Haus Schönow" als eines ermutigenden Beispieles gewinne ich aus dem oben abgedruckten Bericht, zusammengehalten mit dem Prospekt der Anstalt und dem „Verordnungsbuch", wie es jeder Patient erhält, folgenden Eindruck:

Bei Eröffnung des Sanatoriums war, gegenüber einer ausgeprägt hohen Bewertung des physikalisch-diätetischen Heilverfahrens, der Arbeitstherapie die Rolle zugeteilt, auch an dieser Stätte erst einmal Beweise der ihr innewohnenden Leistungsfähigkeit zu erbringen. Das Stärkeverhältnis war dabei bisher ein ungleiches: das physikalisch-diätetische Verfahren trat von vornherein in möglichster Vollkommenheit auf, wohingegen für die Entfaltung der Arbeitstherapie — vom Fehlen geschulter anleitender Kräfte ganz abgesehen — nicht alle erprobten Arbeitsfelder, noch nicht einmal die ergiebigsten (besonders nicht die Tischlerei), herangezogen wurden. Aber auch so trat der hohe, überragende Wert der Arbeitstherapie mehr und mehr hervor, so daß sie jetzt in vollem Umfang betrieben werden soll.

Mit besonderer Genugtuung hebe ich hier noch hervor, daß dem Verordnungsbüchlein in einem Nachtrag einige Merksätze über das Wesen der Krankheit und die Bedeutung der Arbeit als Heilmittel beigegeben sind. Das bedeutet einen erfreulichen Ansatz zu der von mir verlangten ausgedehnteren, in einem System von Vorträgen planvoll zu bietenden Belehrung.

Eigenartig ist die Einrichtung, auf jeden Arbeitstag einen Ruhetag folgen zu lassen. Der Gepflogenheit in „Haus Schönow" und auch meiner Auffassung entspricht das nicht. Es wäre interessant, von seiten der „Rasemühle" eine theoretische Begründung zu erfahren.

Zur „Rasemühle" gehören umfangreiche Ländereien, 100 Morgen, die verpachtet sind. Hier wäre die Gelegenheit zur Angliederung eines „Birkenhofes" resp. einer „Kolonie Friedau" schönstens geboten.

Das „Hermann-Haus" zu Stötteritz.

Seit dem 1. Juli 1900 besitzt die Sächsische Baugewerks-Berufsgenossenschaft eine eigene Unfallnervenklinik, das „Hermann-Haus". Es steht allen Berufsgenossenschaften, Schiedsgerichten usw. offen und hat den doppelten Zweck, den der Beobachtung und den der angemessenen Behandlung. Der Zuvorkommenheit seines Leiters, des Professors Windscheid, verdanke ich nachstehende Mitteilungen über die seither daselbst besonders auch in Hinsicht der Arbeitspflege gemachten Wahrnehmungen:

„Sie wollen eine Auskunft darüber haben, in wie weit sich die Arbeitsbehandlung im Hermann-Hause bewährt hat. Diese Frage ist nicht leicht zu beantworten. Die Eigentümlichkeit der Unfallnervenkranken, die darin vor allem besteht, daß

sie nie eine Besserung von selbst zugeben in der Befürchtung, es könnte dadurch die Rente verringert werden, bringt es mit sich, daß man von tatsächlichen Erfolgen oder sogar Heilungen bei uns überhaupt nicht reden kann. Ebensowenig wie unsere Patienten z. B. zugeben, daß ein Bad, eine Medizin, eine elektrische Behandlung usw. ihre Beschwerden gebessert hat, werden sie das von der Arbeit tun. Dagegen haben wir in der Arbeit zwei für uns sehr wertvolle Momente; einmal das der Beobachtung, indem wir die körperlichen Kräfte der Patienten dabei prüfen, und zweitens werden die Patienten dadurch beschäftigt und damit von unnützen Grübeleien und gegenseitiger Beeinflussung wenigstens etwas abgelenkt. Außerdem dient die zu bestimmten Stunden auszuführende Arbeit als Mittel, die Disziplin zu unterstützen. Irgendwelche Not damit, daß die Leute nicht hätten arbeiten wollen, haben wir nur in ganz vereinzelten Fällen gehabt, im großen und ganzen fügen sich alle sehr gut. Die Arbeit ist ja auch nicht sehr groß, sie beschränkt sich auf häusliche Arbeiten, auf Holzhacken, Holzsägen und Holzaufstapeln, auf Gartenarbeiten und auf kleine Reparaturen für das Haus in der Schlosser- und Tischlerwerkstatt. Jedenfalls bildet die Arbeit bei uns einen sehr wichtigen Faktor im Leben der Klinik, den ich auf keinen Fall entbehren möchte."

Es ist unter Nervenärzten eine ausgemachte Sache, daß die Unfallnervenkranken das für die Behandlung ungünstigste Material sind und daß ein großer Teil von ihnen unter allen Bedingungen gänzlich unheilbar ist. Hierzu paßt, daß im „Hermann-Haus" durchschnittlich nur 17,51 Verpflegungstage auf den Patienten entfallen, d. h. die Klinik dient durchaus vorwiegend Beobachtungs- und Begutachtungszwecken, nur vereinzelt der Behandlung. Die Wertschätzung der Arbeit auch unter diesen Umständen und besonders deren willige Annahme von seiten der Kranken ist recht erfreulich.

Laehr sagt: „Recht oft waren alle unsere Versuche, Unfallkranke durch Arbeit dem Leben wiederzugewinnen, vergeblich, während andererseits in einigen prognostisch scheinbar auch recht ungünstigen Fällen die Arbeitsbehandlung einen durchschlagenden Erfolg gehabt hat. Jedenfalls sehe ich in ihr die einzige Möglichkeit einer Hilfe." Ich selbst habe in meinem Wirkungskreis bisher nur einen Unfallkranken unter den Händen gehabt, einen 32 jährigen Kesselschmied, der eine schwere Gehirnerschütterung erlitten hatte. Die Erinnerung an diesen Mann ist mir eine der liebsten: ihm galt die Rente nichts, die Genesung alles. Er war außerordentlich erkenntlich für jedes Wort der Aufklärung und ergriff die Arbeit als seinen Rettungsanker mit Energie und Zuversicht. Nach achtwöchiger Kur ging er wieder ins Leben hinaus und erweist sich in kleinen Stellungen als beschränkt erwerbsfähig. Ich habe den guten Glauben, daß diesem erprobten Arbeitskameraden dauernd und gründlich zu helfen wäre, wenn eine Eisenwerkstätte im Sinne meines Vorschlages existierte. Der Betreffende ist auch ganz für meinen Plan eingenommen.

Unfallnervenkranke, die Aussicht auf Wiederherstellung bieten, dürften m. E. nicht in den Spezialkliniken verbleiben, sondern müßten den allgemeinen Nervenheilstätten überwiesen werden wegen des dort herrschenden frischeren Arbeitsgeistes und energischeren Gesundungsstrebens.

(Fortsetzung folgt.)

Das Irrenwesen in Finnland.

Von Dr. *K. Pándy*, Primararzt der Irrenanstalt Lipótmező in Budapest.

(Schluß.)

Das hier Vorgebrachte habe ich aus dem Referate Saelans geschöpft. Das zweite Referat bietet ebenfalls viel Wertvolles.

Björkman klagt, daß das ohnehin Wenige, welches in Finnland auf diesem Gebiete geschah, an das Motto „festina lente" erinnert, und weder den Anforderungen der Kultur noch jenen der Humanität entspricht.

Referent erwähnt, daß in Fagernäs die akut Erkrankten 3, die chronischen aber 14 bis 20 Monate hindurch der Aufnahme harren müssen; ferner erwähnt er, daß man einen Kranken im Gebäude des unbenützten alten Bades eingesperrt hielt, den zweiten in einer in der Ecke eines Schlafzimmers sich befindlichen käfigartigen Stätte unterbrachte und einen dritten an die Wand kettete. Auch er gibt Zeugnis von der in den Armenhäusern herrschenden großen Unreinlichkeit, Ungeziefer etc. und betont, daß ein nicht wiederzugebendes Elend diese Armen umgibt.

Björkman berichtet weiter, daß Adnexe im Zellensystem (für 4 bis 107 Kranke) bis zu hundert im Lande vorhanden sind; diese besucht der Arzt nur einmal des Monats.

Er machte fernerhin die traurige Wahrnehmung, daß man Kranke ohne jede besondere Formalität in diese Adnexe aufnimmt, und daß weder die „Aufnahme" noch das „Dorthalten" kontrolliert wird; die Pflege sei eine höchst ungenügende und wird faßt ausschließlich von Invaliden besorgt. Auch die Verpflegung ist eine schlechte. Er beklagt die Zellen, von denen die Anschauung Platz griff, daß je größer deren Zahl — umso besser. Seiner An-

sicht nach ist die permanente Isolierung einer Autointoxikation gleich, und deren Begleiter stets ein Rückgang und gänzliches Verkommen.

Nicht nur gegen die Zellen richtet sich Björkmans Bestreben, sondern er wünscht auch das Trennen des Irrenwesens von dem Armenwesen.

Für ruhige Kranke empfiehlt Björkman kleine Zentralen und um diese herum eine geordnete Familienpflege.

Diese Zentralen, welche als Adnex nie zweckentsprechend sein dürften, müssen eine Ackerbaukolonie, ebenso einen halb- und einen ganzgeöffneten Teil besitzen. Mit Recht bemerkt er, daß diese Kolonie groß genug sein müßte, um eines eigenen Arztes zu bedürfen. Er empfiehlt ferner, daß diese Zentralen pro Bett mit 500 f. M. Unterstützung von den Gemeinden erbaut werden mögen. Der Staat aber sollte diese auch in der Erhaltung unterstützen.

Eine vorzügliche Proposition — das Beste, was sich in dieser Richtung tun ließe. Wohl dann dem Finnlande, wenn es diese Worte beherzigt und zu verwirklichen bestrebt ist.

Bevor ich die besichtigten Anstalten vorführe, will ich die, das Irrenwesen Finnlands betreffenden Verfügungen zitieren. Diese wurden im Anfange des im Jahre 1881 ausgearbeiteten Planes zufolge von Saelan erst im Jahre 1885 publiziert*).

Der Leiter der Anstalt muß ein Fachmann sein, der in der Behandlung der Irren erfahren ist und sich auf diesem Gebiete weitläufige (omfattande) Kenntnisse erworben hat. Er müsse in der Anstalt wohnen und hätte jedes Jahr auf einen sechswöchentlichen Urlaub Anspruch. Sein Platz dürfe unter keinen Umständen länger als zwei Wochen unbesetzt bleiben.

Eine sehr interessante Verfügung ist es auch, daß die Direktion der Anstalt die zur Entlassung kommenden Kranken mit Kleidern und Geld beschenken darf, der Wert dieser Geschenke aber dürfe die Höhe des für die billigste Klasse zu entrichtenden monatlichen Verpflegsschilling nicht überschreiten.

Jedermann, bei dem Irre untergebracht sind, ist verpflichtet, das Pfarr- als auch das Ärzteamt hiervon unverzüglich zu unterrichten.

Beherzigenswert ist jene ihrer vorzüglichen Verfügungen, welche verordnet, daß man in eine Anstalt nur so viele Kranke aufnehmen darf, für wieviel in der Wirklichkeit Platz geschaffen ist. Eine ähnliche Verfügung wäre auch anderwärts dringend nötig.

*) Finska Läkaresellskapets Handlingar.

Wirklich nützlich ist ferner jener Punkt des finnischen Erlasses, welcher anordnet, daß die Geisteskranken in der Begleitung einer mit ihren Verhältnissen vertrauten Person der Anstalt zugeführt werden sollen. Diesem Erlaß zufolge ist es auch streng verboten, den Kranken gleich einem Verbrecher oder samt solchen zu transportieren. Dieses Vergehen ist mit 2 bis 200 f. M. strafbar.

Kriminelle Kranke werden auf Vorschlag des Anstaltsdirektors vom „medicinal-styrelsen" — Sanitätschef — entlassen. Dies ist nicht zweckmäßig, besser ist das bei uns in Ungarn übliche „Vorstellen vor einer Kommission", am allerbesten aber das schottische System.

Wenn ein zu entlassender Kranker außer stande ist, sich aus der Anstalt zu entfernen, so ist der für die Zahlung Aufkommende zur Besorgung des Transportes verpflichtet, und im Falle des Nichterscheinens desselben darf man ihn auf eigene Kosten nach Hause führen.

Mit Erlaß angeordnet, aber sehr selten durchgeführt ist auch die Kontrolle der außerhalb der Anstalt befindlichen Irren. Genannte stehen unter dem Schutze der Gemeindevorstehung und ist der jeweilige Gemeindearzt dazu verhalten, diese Kranken mindestens einmal im Monat aufzusuchen, und falls er sich von Mißbräuchen oder einer Vernachlässigung der Kranken überzeugt, hierüber sofort Meldung dem Gouverneur zu erstatten.

Im Nachstehenden will ich die persönlich besuchten Anstalten beschreiben.

Finnlands älteste Heilanstalt ist Lappviken, in der Nähe von Helsingfors. Auf einer ringsumher von felsigen Ufern umgebenen und sich weit in das Meer hinein erstreckenden Zunge liegt diese Heilstätte. Im Parke sind Fichten und Birken und freundliche aufeinanderfolgende Ruheplätze. Bei jeder Wendung springt das Meer und ein Stück des leichtbewölkten Himmels hervor.

Wasser, Himmel und Wälder umgeben ringsumher das finnländische Volk — auch ihre Heilstätte ist nicht weniger gesegnet an Schönheiten der Natur.

Die Anstalt bietet das Bild einer völligen Umgestaltung. An Stelle der alten Zellenfenster findet man große neue Fenster von normaler Höhe, und auch die übliche hohe Steinmauer ist hier durch eine freundliche Holzumfriedung ersetzt. Braune Wände und Türverkleidungen sind weiß gestrichen. Helle und eine gesunde Luft zieht überallhin ein. Besonders schön und heimähnlich ist die Abteilung der Frauen mit ihren schönen Vorhängen, weißen Türen

und blinkenden Türklinken. Blumen und Ziergegenstände erhöhen beträchtlich den ohnehin freundlichen Eindruck.

Die Betten sind schmal; die ganze Einrichtung erinnert an die Anstalten Schwedens. Die Abteilung der Männer ist weniger hübsch.

Das Moderne dieser Anstalt spiegelt sich auch in den oft verordneten prolongierten Bädern wieder. Das über der Badewanne angebrachte großmaschige Netz ist gänzlich überflüssig. Ich bemerkte es, daß das Aushängen ein erschwertes ist, daß sich der Kranke unter demselben mühselig erhebe, und bis das Netz abgehängt wird, vermag derselbe bei einem eventuellen Anfall zu ertrinken.

Eine bedeutend bessere Form dieser Netze sah ich in Pitkäniemi. Hier ist das eine Netzende an dem am unteren Teil der Wanne angebrachten Anker, die Spitze hingegen am Plafond des Zimmers mit einem Spiraldraht befestigt. Wenn der Kranke daher nach diesem Netz ausgreift und es herunterziehen will, so springt dies von selbst zurück. Das Ganze macht einen ungünstigen Eindruck, der Kranke fühlt sich in einem Käfig, sträubt sich dagegen und fängt sich im Netz. Bedeutend vernünftiger ist es, wenn man den Kranken mit einem gewöhnlichen Leinentuche in der Weise überdeckt, daß der Kopf frei bleibt und das Tuch mit einem Zug entfernt werden kann. Sollte der Kranke auch dann nicht im Wasser verbleiben wollen, so ist das prolongierte Bad hier nicht am Platze. Das Netz ist schon deshalb gefährlich, weil das Wartepersonal immer eine große Neigung hat, den unter dem Netz sich Badenden auf sich zu belassen.

Die Wärterfrage harrt auch in Finnland, wie ich sah, der Lösung.

Die lappviker Anstalt ist auch zugleich Klinik.

Der Leiter, Dr. Sibelius, ist ein noch junger Mann, ein Schüler Kraepelins, seine mit außerordentlichem Fleiß geschaffenen Werke sind auch in der ausländischen Literatur von gutem Ruf. Allem Anscheine nach verjüngt sich diese Anstalt unter seiner Leitung. Sowohl von der Anstalt als auch vom Leiter derselben dürfen die Kranken das Allerbeste erhoffen, es wäre nur noch wünschenswert, diese Anstalt durch eine nerven- und psychopathologische Ambulanz zu erweitern und noch durch eine für die höheren Zahlungsklassen bestimmte Abteilung mit ca. 50 Betten zu ergänzen. Dies erheischt das Interesse des psychopathologischen Unterrichts und des gesamten Irrenwesens.

Das zweite von mir besichtigte Institut ist Pitkäniemi bei Tammerfors, an der großen Fabrikstadt gelegen, mit Schiff und Bahn erreichbar.

Die Anstalt selbst besitzt einen schönen Dampfer. Die Kommunikation wird im Winter über dem Eise aufrecht erhalten.

Der Direktor der Anstalt in Pitkäniemi ist Dr. Hougberg, der durch seine schöne Abhandlung betreffs Zusammenhang der Syphilis und Paralyse vielen nicht unbekannt sein dürfte.

Die Wohnung des Direktors besteht aus einer schönen, von der Kolonie seitwärts liegenden Villa, welche Baueinteilung in jedem modernen Institut, ja sogar in Japan befolgt wird.

Am Eingange der Kolonie erhebt sich ein mächtiges Administrationsgebäude und in einer ziemlich weit zurückfallenden Linie die Küche. An beiden Hofseiten sind die Pavillons der Männer- und Frauenabteilung erbaut. Eine weniger symmetrische und zerstreut liegende Einteilung wäre zweckmäßiger. Auch eine schmalspurige Bahn durchkreuzt die Kolonie.

Überrascht hatten mich zwei, für je 20 Schlafstellen erbaute, aber vollständig leerstehende Pavillons. Diese nur für Neuerkrankte der höheren Zahlungsklasse eingerichtete Abteilung blieb, zu nicht geringem Nachteile des Landes, trotz den Eingaben des Direktors, daß man diese Ubikationen auch mit chronischen Kranken belegen darf, unbenutzt. Saelan als auch andere erhoben sich gegen diese Anomalie und, wenn ich nicht irre, so bewirkte die Intervention des neuen Sanitätschefs ein Aufhören des Übelstandes.

Die Pavillons sind nett. Nach skandinavischem System errichtete man kleine, 6 bis 8 Betten fassende Schlafstellen. Besonders rein, freundlich und nett ist die Frauenabteilung. Es ist dort alles weiß gestrichen, sauber und freundlich. Auf den Abteilungen der liegenden Kranken standen auf jedem Tischchen in niedlicher kleiner Vase frische Blumen. Neben den Betten standen Stühle, die Wände zieren liebliche und geschmackvolle Bilder. Auch erblickte ich in den Zimmern in verschiedenen Farben und Mustern gehaltene Fichtenmöbel. Tadellos rein war sowohl die Kleidung der Kranken als auch deren Bettwäsche. Sogar in der Mitte eines für unruhige Kranke bestimmten Gartens sah ich ein schönes Blumenbeet; es ist Vorsorge getroffen, daß sich die Kranken auch bei ungünstigem Wetter im Freien bewegen können. Die Bretteinfriedung wird in Bälde durch einen Heckenzaun ersetzt werden.

In nicht geringer Zahl sind unmöblierte separate Zimmer vorhanden, beinahe 50%. Dies ist jedoch

unnötig, unpraktisch und kostspielig. Die Fenster darin sind nicht genügend groß, das Ganze ist unfreundlich und ruft unwillkürlich die Erinnerung an die Zellen wach.

Die Küche ist peinlichst rein gehalten, deren Türen und Verkleidungen ebenfalls weiß gestrichen.

Prolongierte Bäder werden vielfach angewandt. Die Badewannen sind aus Weißblech verfertigt, entsprechen jedoch ihren Bestimmungen wegen der großen Inanspruchnahme durch längere Zeit nicht.

Häufig wurden von den Anstaltsärzten die zur Verbindung der Pavillons erbauten Korridore bekrittelt, deren Vorhandensein an dem Allzunaheliegen der Pavillons aneinander die Schuld trägt. Diese Korridore können nicht genug geheizt werden und ist dadurch ein Aufenthalt in denselben ungesund. Auch die Treppen der Korridore erschweren bedeutend jeden Verkehr. Dies war eine beiläufig 70000 Kronen hohe und völlig unnütze Ausgabe.

Gelegentlich meines Dortseins waren 298 Kranke in der Anstalt untergebracht. Auf jeden fünften Kranken entfiel ein Wärter.

An der Spitze der Wartung in den Abteilungen für Frauen stehen guter Familie entsprossene intelligente „sköterska". Hier wird der nächtliche Inspektionsdienst nach schottischem, auf der Abteilung der Männer jedoch noch nach altem Ablösungssystem versehen.

Der Gehalt des Direktors ist mit 9000 f. M. beziffert, nebst Heizung und Beleuchtung, und kann ein Maximum von 10500 f. M. erreichen.

Die Pension ist nach 30 Dienstjahren mit 7000 f. Mark bemessen. Der Direktor-Stellvertreter erhält 7500, der Sekundararzt 5500, der letzte resp. Unterarzt hingegen 3000 f. M. Zwei letztere erhalten auch vollständige Verpflegung.

Die Unterärzte werden auf drei Jahre ernannt — es sichert sich der Staat auf diese Weise eine genügende Zahl guter Irrenärzte.

Die Verpflegskosten betragen in der Anstalt Pitkäniemi pro Tag 2 f. M. 50 Pf., dies erklärt zum Teil der Umstand, daß die für 800 Betten geplante Anstalt nur für 300 Kranke erbaut, jedoch mit Professionisten und einem entsprechend großen Personal für die ganze Anstalt versehen werden mußte.

Auch die Ärzte der Anstalt Pitkäniemi halten das Erbauen allzugroßer Anstalten für nicht zweckentsprechend und bemerken, daß ein Hin- und Wegtransport der Kranken schon wegen der großen Entfernung ein erschwerter und auch der Umgang resp. Verkehr mit den Angehörigen derselben ein zu umständlicher ist; ferner, daß die Kranken ebenso schwer aus der Anstalt entlassen werden können, als ihnen ein Hineinkommen in diese möglich ward. Das unnötige Dorthalten vieler Kranker verursacht dem Staate große Ausgaben.

Zwei Armenhausabteilungen unterzog ich auch einer Besichtigung. Die eine ist in Helsingfors, die andere in der Gemeinde nächst Tunsdulla gelegen. Erstere liegt außerhalb der Stadt, ist aber mit elektrischer Bahn bequem erreichbar. Diese wurde im Jahre 1893 für 69 Kranke mit einem Kostenaufwand von 200000 f. M. erbaut, — der erste Primararzt war Hougberg.

Die Wände der aus Holz erbauten Pavillons der Anstalt wurden einige Jahre hindurch im unbemörtelten Zustand dem Trocknen überlassen, und es wird auf die unter dem Fußboden zu bewerkstelligende, unumgänglich nötige Ventilation ein besonderes Gewicht gelegt.

Im alten Gebäude sind viele Zellen vorhanden, das Ganze ist einfach, etwas armselig, unfreundlich, und den ungünstigen Eindruck des Gesehenen vermag sogar die dortselbst herrschende große Reinlichkeit nicht zu verwischen. Solche armselige Stätten fördern die Entwicklung der artifiziellen Dementia. — Ein noch viel größeres Übel ist es, daß die Anstalt keinen dortselbst wohnenden Arzt hat und die Kranken bei eventuell nötiger Operation die städtische Klinik aufsuchen müssen. Es kam nicht nur einmal vor, daß die in die Klinik sich Begebenden unterwegs bettelten, oder aber sich berauschten. Diese mangelhafte irrenärztliche Hilfeleistung sollte in einem auf so hohem Niveau der Kultur stehenden Lande umsoweniger geduldet werden, da die Zahl der Kranken in der Abteilung mit Ende des Jahres 1905 schon eine Höhe von 165 erreichte.

Schön und groß sind die Werkstätten, in welchen gerade emsig die Arbeit floß.

Das Armenhaus in Tunsdulla ist ebenfalls aus Holz erbaut, eine hier usuelle Bauart.

Ein wohlbearbeiteter Gemüsegarten ist vor der Front des Gebäudes, hinter diesem erstreckt sich ein schöner und mit Sorgfalt gepflegter Blumengarten. Die Armen von 25 aus 6 bis 7000 Einwohnern bestehenden Gemeinden finden hier Aufnahme: in dieser waren damals 26 Arme und 10 Geistesgestörte untergebracht; eine Aufseherin sorgt für diese und auch der Gemeindearzt besucht sie einmal im Monat. Zur Besoldung dieses Arztes trägt der Staat auch

bei. Sehr reinlich und geordnet fand ich dieses Haus vor, und nur die darin für Geisteskranke bestimmten Zellen boten einen traurigen Anblick. Gleiche Stätten werden heutzutage mit ebenso großem Kostenaufwande besser, praktischer und menschenwürdiger erbaut.

Ich erlaube mir nur noch nebenbei die Erwähnung, daß das Armenwesen in Finnland auf das Bedachteste geregelt ist; ein Aufseher kontrolliert und leitet diese Armenhäuser, dessen Rat und Hilfe bei Errichtung von Armenhäusern stets in Anspruch genommen wird.

Mitteilungen.

— **Gesellschaft deutscher Nervenärzte.** Erste Jahresversammlung in Dresden, am 14. und 15. September 1907. (Fortsetzung.)

12. Herr Kühne, Kottbus: „Die kontinuierliche Betzold-Edelmannsche Tonreihe als Untersuchungsmethode für den Nervenarzt". Die Tonreihe besteht aus zehn an ihren Zinkenenden mit Gewichten belasteten Stimmgabeln, zwei Orgelpfeifen und dem sogenannten Galtonpfeifchen. Mit diesen Instrumenten können alle Töne, die das menschliche Ohr wahrzunehmen vermag, in kontinuierlicher Reihe und mit genügender Stärke hervorgebracht werden. Bei der Hörprüfung prüft man zuerst am besten die Flüstersprache, dann Töne in Luftleitung, indem man zunächst die Grenzen feststellt, bis zu welchen hohe und tiefe Töne noch gehört werden, und danach auf Hörlücken fahndet. Drittens prüft man die Knochenleitung durch Aufsetzen der Stimmgabel auf den Scheitel. Viertens wird der Rinnesche Versuch ausgeführt.

Statt der üblichen nervösen Schwerhörigkeit unterscheidet Vortragender 1. Labyrinth-Schwerhörigkeit, 2. Leitungsschwerhörigkeit, 3. Rindenschwerhörigkeit bezw. Taubheit. Für den Nervenarzt kommen hauptsächlich von Labyrinthschädigungen diejenigen nach Schädeltrauma in Betracht. Bei den meisten Schädigungen desselben ist die Wahrnehmung der höchsten Töne zuerst beeinträchtigt. Dies Verhalten ist aber kein durchgängiges. Beim Weberschen Versuch ist, falls Labyrinth-Schädigung vorliegt, die Knochenleitung stets verkürzt, Verlängerung deutet auf eine Schädigung des Mittelohres. Der Rinnesche Versuch fällt bei Labyrintherkrankung wie bei Gesunden aus. Für die Simulation doppelseitiger Taubheit ist die kontinuierliche Tonreihe nicht ausreichend, dagegen kann sie der Simulation Verdächtige unter Umständen rechtfertigen.

Veränderungen am Stamm des Schneckennerven können durch Geschwülste oder durch Druck zustande kommen. Wird die zentrale Hörbahn in der Vierhügelgegend geschädigt, so kommt es meist zu doppelseitiger Taubheit. Die Diagnose wird durch die gleichzeitige Störung von seiten anderer Hirnnerven gesichert. Eine Differentialdiagnose, ob der Herd in der Schnecke, im Hirnnervenstamm oder der zentralen Hörbahn liegt, ist auf Grund der Hörprüfung allein heute noch nicht zu stellen. Bei Schläfenlappenläsionen ist der klinische Befund noch kein eindeutiger, sicher ist nur doppelseitige Taubheit bei Erkrankung beider Hörzentren gefunden worden.

Zum Schluß erwähnt Vortr. die Untersuchungen von Wanner und Gudden, die bei gewissen Erkrankungen des Schädelknochens oder Gehirns eine wesentliche Verkürzung der Knochenleitung (für A und a^1 mindestens vier bezw. zwei Sekunden), bei regelrechtem Hörvermögen für Luftleitung, feststellen konnten.

Diskussion:

Herr Rothmann fragt, ob die geschilderte Untersuchungsmethode die Differentialdiagnose zwischen Simulation und funktioneller einseitiger Taubheit, vor allem bei Hysterie, gestattet. Er weist ferner auf die Wichtigkeit genauer Stimmgabeluntersuchungen bei Schläfenlappenaffektionen des Menschen hin. Bei Hunden ist die Tonunterscheidung bis zu einem gewissen Grade erhalten, solange auch nur der kleinste Rest der Hirnrinde stehen geblieben ist.

Herr Frankl-Hochwart kennt Fälle, bei denen trotz guter Hörschärfe echter Ohrenschwindel diagnostiziert werden mußte.

Herr Höniger beobachtet augenblicklich einen Fall von Tumor des linken Kleinhirnbrückenwinkels, bei dem die Hörprüfung auch mittels der kontinuierlichen Tonreihe bisher nur zweifelhafte Resultate ergeben hat.

Herr Mann warnt davor, aus normalen Hörbefunden nach Kopfverletzungen den Schluß zu ziehen, daß eine Verletzung des inneren Ohres nicht vorliegen könne. Er kennt Fälle mit intaktem Hörvermögen, in denen erst die galvanische Untersuchung und die Gleichgewichtsprüfung nach v. Stein darauf hinwies, daß die Klagen über Schwindel durch eine Verletzung des Vestibularapparates bedingt waren.

Herr Kühne (Schlußwort): Die Hysterie macht keine charakteristischen Hörstörungen. Man darf solche nur dann diagnostizieren, wenn sich andere hysterische Symptome finden. Die Besprechung der Störungen der halbzirkelförmigen Kanäle ohne Hörstörungen nach Felsenbeinverletzungen lag außerhalb seines Vortrages. (Fortsetzung folgt.)

Referate.

— P. J. Möbius, Die Hoffnungslosigkeit aller Psychologie. Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 1907. 69 S.

In der vorliegenden Schrift mit dem aufsehenerregenden Titel hat Möbius noch einmal seine philosophischen Grundanschauungen zusammengefaßt. Die Assoziationspsychologie hatte nie seinen Beifall, hier

erklärt er sich auch durch die experimentelle Psychologie nicht befriedigt, wenn ihre Ergebnisse auch nicht wertlos seien. Die empirische Psychologie, d. h. die auf Erfahrung allein begründete Seelenkunde wird als eine hoffnungslose Wissenschaft bezeichnet, weil sich in allen Gebieten seelischer Tätigkeit Lücken zeigen, die wir nicht ausfüllen können — die empirische Psychologie scheitere an dem Begriff des Unbewußten. Wolle der Psychologe weiter gelangen, so trete die unvermeidliche Nötigung ein, zu Schlüssen zu greifen, die über die Erfahrung hinausgehen, d. h. zur Metaphysik. Dies solle offen geschehen, ohne daß in die metaphysikalischen Hypothesen materialistische Voraussetzungen herübergenommen werden. Möbius bekennt sich schließlich auch hier zu einer Fechners Gedankenreihe nahestehenden Weltanschauung, die er selbst als idealen Monismus bezeichnet. Der Geist ist die Substanz der Welt, die materielle Welt nur sein Kleid. Das Einzelwesen ist seelisch als Teil größerer Einheiten anzusehen. Für diese Ansicht ist der seelische Zusammenhang wirklich, wir erkennen ihn nur deshalb nicht, weil er in der Hauptsache außerhalb unseres Bewußtseins ist und das, was wir unsere Seele nennen, erscheint als ein Ausschnitt aus einem einheitlichen Seelenreich.

Die an geistvollen Anregungen reiche Schrift ist offenbar viel gelesen worden, sie liegt in 2. Auflage vor. Es war zu erwarten, daß nicht nur die hier vorgetragene Bewertung der experimentellen Psychologie, sondern auch manche andere Anschauung kritischen Widerspruch hervorrufen würde. Für alle Verehrer des ausgezeichneten Forschers bleibt auch diese letzte Veröffentlichung eine bedeutungsvolle Gabe. Mercklin.

— Weiterentwicklung der familiären Verpflegung der Kranksinnigen in Deutschland seit 1902. Referat, erstattet im Auftrage des Zentral-Komitees auf dem internat. psych. Kongreß in Mailand am 26. Sept. 1906 von Prof. Dr. Alt-Uchtspringe. Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung

In erfreulicher Weise hat sich in Deutschland die Familienpflege weiter entwickelt. In dem Zeitraum von vier Jahren haben sich weitere 19 Anstalten entschlossen, einen Anfang mit der genannten Verpflegungsart zu machen und es befinden sich nunmehr zirka 2400 „Kranksinnige" in Familienpflege.
Arnemann-Großschweidnitz.

— Über Nervenkranke und Nervenheilstätten. Von Dr. Rud. Götze in Leipzig. Mit einem Vorwort von Prof. Robert Sommer in Gießen. Halle a. S., 1907. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. Preis M. 1,20.

Vorliegende Schrift enthält eine große Summe von Erfahrungen, die Dr. Götze in der von ihm geschaffenen Nervenheilstätte in Naunhof bei Leipzig gesammelt hat. Während Verf. in den ersten Kapiteln auf die einzelnen hierfür geeigneten Krankheitsarten eingeht, bespricht er in den folgenden Kapiteln in übersichtlicher und anschaulicher Weise die Aufgaben, Einrichtungen und Art des Betriebes derartiger Nervenheilstätten. Plesch, Hubertusburg.

— Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Th. Ziehen in Berlin. II. durchgesehene und verbesserte Auflage. Halle a. S., 1907. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. Preis M. 2,—.

Nach Ansicht des Verfassers ist die Melancholie eine der Psychosen, die in der Praxis oft genug nicht in ihrem vollen Ernst erkannt werden. Das vorliegende Buch soll deshalb kurz die Definition, die Häufigkeit und Ätiologie, die Symptomatologie, den Verlauf und die Prognose, besonders ausführlich aber die Erkennung und Behandlung, letztere insbesondere mit spezieller Berücksichtigung der Selbstmordgefahr, erörtern. Plesch, Hubertusburg.

— Technischer Fortschritt und seelische Gesundheit. Von Willy Hellpach, Dr. med. et phil., Priv.-Doz. der Psychologie. Mit einem Geleitwort: Vom Bildungswert der Psychologie. Halle a. S., 1907. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. M. 0,75.

Verfasser erörtert in seiner Schrift die gerade nicht mehr neue Erfahrung, daß sich die geistige Gesundheit im Laufe der letzten 50 Jahre mit dem Fortschritt der Technik verschlechtert habe. Andererseits sollen aber die Segnungen der modernen Technik auch wieder Heilmittel gegen die oben angeführte Schädigung in sich bergen. Plesch, Hubertusburg.

Personalnachrichten.

— **Stettin.** Der Volontärarzt Dr. Taubert ist endgültig als Assistenzarzt bei der Provinzialheilanstalt bei Ückermünde angestellt, die Assistenzärzte Dr. Stelter bei der Provinzialheilanstalt bei Ückermünde und Dr. Janson bei der Provinzialheilanstalt zu Treptow a. R. sind aus dem Provinzialdienste geschieden. Dem Oberarzte Dr. Schröder bei der Provinzialheilanstalt bei Ückermünde ist der Charakter als Sanitätsrat verliehen worden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 43. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 43. 18. Januar 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Schulärztliche Erfahrungen.

Von Dr. med. *Bayerthal*, Nervenarzt und Schularzt der städtischen Hilfsschule in Worms.

A. Zur Ätiologie und Prophylaxe der Imbezillität.

Wenn auch der Einfluß der Erblichkeit auf die Entstehung des angeborenen Schwachsinns feststeht, so haben uns doch unsere schulärztlichen Untersuchungen im Laufe der Jahre immer mehr davon überzeugt, daß den Schädlichkeiten, welche vor, bei und nach der Zeugung einwirken, eine weit größere Bedeutung beizumessen ist, als es früher geschah.

Unter diesen Schädlichkeiten ist der Alkoholismus in erster Linie zu nennen. Ihm und der Erblichkeit gegenüber treten die übrigen Einflüsse, welche für das Zustandekommen des Schwachsinns von Bedeutung sind, in den Hintergrund. So konnten wir z. B. bei acht unter zehn Kindern, die im Schuljahr 1906/07 zur Aufnahme in die Hilfsschule gelangten, nachweisen, daß chronischer und vorübergehender Alkoholismus des Vaters zur Zeit der Zeugung des später schwachsinnigen Kindes bestanden und somit eine Keimesschädigung bedingt hatte. Aber auch indirekt trug der Alkoholismus des Vaters Schuld an dem Schwachsinn der Kinder, da in sechs Fällen (unter zehn) die Mutter während der Schwangerschaft schweren Gemütsbewegungen*) ausgesetzt war, die mit dem Alkoholmißbrauch des Vaters mehr oder weniger in ursächlichem Zusammenhang standen. Noch eine andere Erscheinung, die bei den erwähnten Aufnahmeuntersuchungen zu Tage trat und in Übereinstimmung mit früheren Erfahrungen steht, ist geeignet, den traurigen Einfluß des Alkoholmißbrauches auf die Nachkommenschaft klarzulegen. Unter fünf Kindern, welche in den ersten Lebensjahren an Konvulsionen gelitten hatten, war bei drei eine erbliche Belastung nicht nachzuweisen, aber bei zwei fand die Zeugung im Rausche statt und die übrigen drei Kinder hatten Väter, welche Gewohnheitstrinker waren. In sämtlichen Fällen waren die Konvulsionen nicht Symptome einer ausgesprochenen Gehirnerkrankung, sondern der Ausdruck einer angeborenen geringeren Widerstandsfähigkeit des Gehirns gegen äußere Schädlichkeiten, so z. B. bei zwei Kindern, die im Laufe von Infektionskrankheiten (Masern Keuchhusten) von Krämpfen befallen worden waren. Auch für die schwere bezw. asphyktische Geburt gilt nach unseren schulärztlichen Erfahrungen dasselbe, was wir oben bezüglich der Bedeutung schwerer Gemütsbewegungen für die Gehirnentwicklung der Frucht bemerkt haben.*) Wir müssen es als zweifelhaft bezeichnen, ob wir sie zu den eigentlichen ursächlichen Momenten des kindlichen Schwachsinns, d. h. Momenten, durch die allein ohne Mitwirkung der Heredität oder des Alkoholismus Schwachsinn entstehen kann, rechnen dürfen.

Was den Einfluß der Infektionskrankheiten anbelangt, so waren solche z. B. bei sechs unter den zehn im Schuljahre 1906/07 neu aufgenommenen Hilfsschülern vor Beginn des schulpflichtigen Alters vorgekommen. Nur bei einem im Rausch erzeugten Kinde soll eine im fünften Lebensjahre überstandene Diphtherie von schädlichem Einfluß auf die geistige Entwickelung gewesen sein; in den übrigen fünf Fällen hatte die Infektionskrankheit (Masern, Keuchhusten) keinen nachweisbaren Schaden in geistiger Beziehung hinterlassen.

Auch die Rachitis kann nach unseren schul-

*) Ob überhaupt Gemütsbewegungen einer Schwangeren ohne Mitwirkung der Heredität oder des Alkoholismus von nachteiligem Einfluß auf die Gehirnentwickelung der Frucht sein können, muß ich nach meinen Erfahrungen als zweifelhaft bezeichnen.

*) Vergl. Anmerkung 1.

ärztlichen Erfahrungen eine wesentliche Bedeutung für die Entstehung des Schwachsinns nicht beanspruchen. Rachitische Kinder können ja bekanntlich sehr intelligent sein und brauchen später keine Einbuße in ihrer intellektuellen Leistungsfähigkeit aufzuweisen, wenn auch ihre gesamte Entwicklung in der Regel eine Verzögerung erfährt. Bei den in den letzten drei Jahren zur Aufnahme in unsere Hilfsklassen gelangten Schulkindern (zwanzig im Ganzen) konnten wir eine vorausgegangene Rachitis bei fünf. also in 25% der Fälle feststellen, während von den an den Normalklassen unserer Volksschule tätigen Schulärzten unter zirka 1000 im Schuljahr 1906/07 neu aufgenommenen Kindern nur bei 6%*) Rachitis gefunden wurde. Das häufige Nebeneinanderbestehen der genannten Allgemeinerkrankung des kindlichen Körpers und des Schwachsinns, eine Tatsache, welche manche Autoren zur Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges veranlaßte, scheint mir durch eine neuerdings veröffentlichte Arbeit Fiebigs**) in befriedigender Weise aufgeklärt worden zu sein. Nach Fiebig entwickelt sich auch die Rachitis auf Grund einer erblich erworbenen Anlage, welche ihre Entstehung in erster Linie der Alkoholisation der Eltern und Voreltern zu danken hat. Individuen, deren Organzellen und Gewebssysteme alkoholisiert sind, produzieren konstitutionell minderwertige Keimzellen, und die Abkömmlinge des Ektoderms (Gehirn, Rückenmark usw.) entwickeln sich nicht nur selbst abnorm, sondern sollen nach Fiebig auch einen nachteiligen Einfluß auf die Zellen des Entoderms (Darm- und Knochensystem usw.) ausüben. M. E. wird es im gegebenen Falle auf die Lokalisation der Keimesschädigung ankommen, ob Rachitis und Schwachsinn oder nur eine von beiden Erkrankungen zur Entwicklung gelangt. Von dem Grade der Keimesschädigung wird es dann abhängen, ob wir mit Hilfe hygienischer Maßregeln die genannten Erkrankungen verhüten oder nur auf ihre Form und Ausdehnung in günstigem Sinne einzuwirken vermögen. Mit anderen Worten: Die Anlage zur Rachitis wie die zu der Erkrankung des Gehirns, welche dem angeborenen Schwachsinn zu Grunde liegt, besteht vom Mutterleibe her, und es kommt zu diesen Erkrankungen durch alle die Schädlichkeiten, deren Bekämpfung die Hygiene lehrt. Je stärker und verbreiteter unter den Vorfahren Geisteskrankheiten geherrscht haben und vor allem je verhängnisvoller die Rolle war, die der Alkoholismus bei der Zeugung gespielt hat, um so nichtigere Einflüsse nach der Zeugung werden hinreichen, um alle hygienischen Bestrebungen illusorisch und damit das Kind krank bezw. schwachsinnig zu machen. Als weitere Stütze für meine Ansicht über den Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Schwachsinn kann ich noch anführen, daß unter den geistig normal veranlagten Kindern, die mir im Laufe meiner schulärztlichen Tätigkeit zur Begutachtung zugeführt worden sind, weil sie wegen mangelhafter Ernährung und Nachtruhe, Schwerhörigkeit und Sehschwäche, vorübergehenden Krankheiten, häufigem Schulwechsel oder unregelmäßigem Schulbesuch usw. in der Schule zurückgeblieben und darum für schwachsinnig gegolten hatten, der Alkoholmißbrauch bei der Zeugung keine Rolle gespielt zu haben schien. Schließlich sei noch ein Moment erwähnt, das für sich allein keineswegs einwandsfrei, jedoch ebenfalls geeignet ist, die Kraft der anderen Beobachtungen, die für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Schwachsinn sprechen, zu stützen. Ich meine die Tatsache, daß schwachsinnige Schulkinder jüdischen Glaubens in den letzten 17 Jahren noch nicht zur Aufnahme in unsere Volksschulen gelangt sind, obwohl es dem Prozentsatz nach, mit dem die jüdischen Schüler unter der Gesamtschülerzahl vertreten sind, zu erwarten gewesen wäre. Die bekannte Mäßigkeit der Juden im Alkoholgenuß erklärt ja auch die Tatsache, daß trotz ihrer Veranlagung zu Nerven- und Geisteskrankheiten Psychosen alkoholistischen Ursprungs bei ihnen sehr selten sind. Was aus den vorstehenden Erfahrungen für die Prophylaxe des angeborenen Schwachsinns folgt, liegt auf der Hand. So dankenswert alle privaten und öffentlichen Wohlfahrtsbestrebungen auf dem Gebiete der Säuglingsernährung und des Kinderschutzes sind, einem Gebiete, das zur Zeit wohl an der Spitze aller Fürsorgebestrebungen steht, die mächtigste Förderung in der Verhütung einer minderwertigen Nachkommenschaft kann nur durch Aufklärung über die Wirkungen des Alkoholmißbrauches geschehen. Diese Belehrung muß in geeigneter Form*) mit dem steten Hinweis darauf stattfinden, daß der Alkoholismus nicht nur Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit des Einzelnen wie ganzer Familien stört, sondern vor allem

*) Wieviel unter diesen 6% gleichzeitig auch mit angeborenem Schwachsinn behaftet waren, ist allerdings nicht festgestellt worden. Doch darf ich auf Grund früher von mir angestellter statistischer Berechnungen annehmen, daß die Zahl der schwachsinnigen Schulkinder keineswegs mehr wie 1% der Gesamtschülerzahl der hiesigen Volksschulen beträgt.

**) Fiebig: Rachitis als eine auf Alkoholisation und Produktionserschöpfung beruhende Entwickelungsanomalie. Langensalza 1907.

*) Ich kann zu diesem Zwecke die neuerdings von Grube und Kraepelin herausgegebenen „Wandtafeln zur Alkoholfrage“ warm empfehlen.

das Lebensglück unzähliger Menschen schon an der Wurzel ihres Lebens vergiftet und dadurch eine erhebliche Quote körperlicher und geistiger Minderwertigkeit in der Bevölkerung schafft. Erst dann darf man hoffen, daß nicht in dem Maße, als die Säuglings- und Kindersterblichkeit herabgeht, die jetzt schon geradezu erschreckend große Zahl pathologischer Individuen in der Bevölkerung, von denen die Hilfsschulinsassen ja nur einen kleinen Teil bilden, eine weitere Steigerung erfährt.

B. Über die Zulässigkeit körperlicher Züchtigung bei abnorm veranlagten Schulkindern.

Zu den häuslichen Mißständen hygienisch-erziehlicher Natur, die alljährlich bei den Aufnahmeuntersuchungen für die Hilfsschule zu unserer Kenntnis gelangen und deren Beseitigung wir durch Belehrung der Angehörigen anzustreben suchen, gehören insbesondere körperliche Züchtigungen, denen schwachsinnige Schulkinder seitens ihrer Eltern wegen vermeintlicher Faulheit oder anderer Unbotmäßigkeiten überaus häufig ausgesetzt sind. Vorausgeschickt sei, daß der Schularzt m. E. im allgemeinen nur dann über die Zulässigkeit einer körperlichen Strafe sich auszusprechen berechtigt ist, wenn es sich um kranke oder krankhaft veranlagte Kinder handelt. Immerhin glaube ich soviel pädagogische und individual-psychologische Erfahrungen zu besitzen, um behaupten zu dürfen, daß der Arzt, welcher bei allen Kindern körperliche Züchtigung als Erziehungsmittel für entbehrlich hält, sich der gleichen Einseitigkeit wie der Lehrer schuldig macht, der als Anhänger der „Naturheilmethode“ alle Krankheiten ohne Arznei (Gift!) heilen zu können glaubt. Es ist sogar notwendig, diesen Standpunkt öffentlich zu vertreten, wenn dem Arzt der gebührende Einfluß auf unsere öffentlichen Schulen immer mehr eingeräumt werden soll. Letzteres könnte verhindert oder wenigstens verzögert werden, wenn Ansichten, wie sie in der jüngsten Zeit Cramer*) geäußert hat, seitens der Schulärzte unwidersprochen blieben. Cramer will sich zwar „nicht erlauben, ein Urteil über den pädagogischen Wert der Züchtigung auszusprechen“, aber er bemerkt u. a.:

„Wenn man sich die Sache ruhig überlegt, und wenn man vor allen Dingen erwägt, daß es eine große Zahl von Menschen gibt, die niemals einen Schlag erhalten haben und trotzdem sehr brauchbare Mitglieder der menschlichen Gesellschaft geworden sind, wenn man sich weiter klar macht, daß doch recht zahlreiche Kinder, die sehr häufig ihre „wohlverdienten Prügel“ bekommen haben, mißraten, und wenn man weiter daran denkt, daß man bei der Dressur von Tieren, namentlich von Pferden und Hunden, ohne körperliche Mißhandlungen die besten Resultate erzielt, daß man in der Behandlung der Verbrecher, ganz zu schweigen von den Geisteskranken, längst von Schlägen zurückgekommen ist, so ist es kaum noch zu verstehen, weshalb unsere heranwachsende Jugend gerade auf diese Weise traktiert werden muß.“ — — „Der Nutzen der körperlichen Züchtigung ist sicher nicht einwandfrei bewiesen, und ich glaube, daß es besser ist, da man einem Kinde nie ansehen kann, wie es disponiert ist, daß man ganz allgemein auf die körperliche Züchtigung als ein Mittel der Erziehung verzichtet.“

Bevor wir die Bedingungen darlegen, unter denen auch in den Hilfsklassen nach unseren Erfahrungen die Anwendung körperlicher Strafen gerechtfertigt erscheint, sei in Kürze die Stellung erwähnt, die andere auf neurologisch-psychiatrischem Gebiete erfahrene Ärzte gegenüber der Anwendung leiblicher Züchtigung bei Kindern einnehmen. Während Ziehen*), Oppenheim**), Bruns***), Freud†) u. A. nicht der Meinung sind, daß man auf körperliche Strafen immer verzichten könne, vertreten Scholz††) und Meyer†††) einen ähnlichen Standpunkt wie Cramer. Scholz gibt zwar zu, daß es sogenannte unverbesserliche kleine Sünder gibt, denen anfangs wenigstens auf keine andere Weise beizukommen sei. „Wie man Morphinisten das tödliche Gift, welches sie sich angewöhnt haben, nur allmählich entziehen darf, so muß man auch bei solchen prügelsüchtigen Kindern vielleicht noch eine Weile bei der gewohnten Behandlungsmethode bleiben, bis man letztere allmählich durch mildere und sanftere Mittel ersetzen darf.“ Meyer dagegen meint, die körperliche Strafe „schade ohne Zweifel bei nervösen Kindern und zwar oft in hohem Grade“. — Freud fordert natürlich mit Recht, daß die körperliche Züchtigung, welche mit einer schmerzhaften Reizung der Gesäßhaut verbunden ist, bei allen Kindern zu unterbleiben habe, bei denen die Gefahr geschlechtlicher Entartung (Masochismus!) drohe. Während Ziehen aus naheliegenden Gründen

*) Cramer, Die Nervosität. Jena 1906, p. 26.

*) Zit. nach Männel, Vom Hilfsschulwesen. Leipzig 1905.

**) Oppenheim: Nervenleiden und Erziehung, Berlin 1899, pag. 19.

***) Bruns, Die Hysterie im Kindesalter. Halle 1897, pag. 75.

†) Freud: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Leipzig und Wien 1905, pag. 47.

††) Scholz, Die Charakterfehler des Kindes. Leipzig 1896, pag. 245.

†††) Meyer, Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Jena 1907, pag. 89.

auch Schläge gegen den Kopf vermieden haben will, ist Bruns überzeugt, daß ein leichter Schlag auf die Nates oder eine Ohrfeige — natürlich nicht im Affekt — „zur Unterstützung der übrigen psychisch wirkenden Maßnahmen bei Kindern oft sehr wirkungsvoll sind". Bruns betrachtet es ferner als selbstverständlich, daß man den Pflegerinnen kranker Kinder im Kinderspital das Züchtigungsrecht gibt. Bei der Kinderhysterie rät er zwar aus Gründen der Diplomatie gleich Strümpell*) von der zielbewußten und überlegten Anwendung körperlicher Züchtigung ab, wenn auch über die Berechtigung und Wirksamkeit einer energischen körperlichen Züchtigung von Seiten des Arztes in gewissen Fällen kein Zweifel bestehe. Statt einer derartigen Bestrafung empfiehlt er außer dem kalten Wasser die Elektrizität, „die ähnliches wie die Züchtigung, unter dem Deckmantel einer legitimierten und auch sonst indizierten Heilmethode erreiche". Schließlich wäre noch bezüglich des oben erwähnten Standpunkts Cramers anzuführen, daß, wie dieser Autor an anderer Stelle**) mitteilt, in der Publikation der Unterrichtskommission der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte, die im Entwurf von Cramer verfaßt war, „ein Passus gefallen ist, der gegen jedwede körperliche Züchtigung Front machen sollte, weil man getrennter Ansicht war".

Was nun die Strafen im Allgemeinen bei schwachsinnigen Kindern anbelangt, so stimme ich auf Grund meiner schulärztlichen Beobachtungen durchaus Ziehen***) bei, der sagt, es gelinge sehr oft, das Handeln der Schwachsinnigen im Sinne ethischer Vorstellungen, „d. h. so, als ob sie gebildet wären und Einfluß haben", zu regulieren. So bemerkt er z. B. für die Vorstellung des Eigentums und des Diebstahls: „Es muß von der frühesten Kinderzeit an erstens der Umfang des „Mein" bei dem Kinde bestimmt abgegrenzt werden, und jede Überschreitung dieser Grenze stets mit derselben empfindlichen Strafe belegt werden. Diese Assoziation von Eigentumsvergehen und Strafe muß so fest werden, wie die Assoziation von Ungehorsam und Züchtigung beim Jagdhund". Ziehen plädiert selbstverständlich nicht für überharte Strafen, sondern legt auf Konsequenz der Bestrafung den Hauptwert. Ich selbst habe mich im Laufe meiner schulärztlichen Tätigkeit in zwei Fällen davon überzeugen können, daß da, wo die üblichen pädagogischen Zuchtmittel inkl. Prügelstrafe im Stiche ließen, die „Elektrizität als Erziehungsmittel" gute Dienste leistete. In dem einen Falle handelte es sich um eine 10jährige Hilfsschülerin, deren Verbringung in eine Anstalt wegen unwiderstehlichem Hang zum Diebstahl vom Vater des Kindes und der Polizeibehörde beantragt worden war. Wir haben in diesem Falle im Einverständnis mit dem Lehrer und Elternhause den Versuch gemacht, mittels des faradischen Pinsels eine sehr schmerzhafte Nervenreizung (alias „Denkzettel") im Anschluß an jedes Vergehen zu applizieren, wie sie durch die üblichen Zuchtmittel mechanischer Art ohne gesundheitliche Schädigung niemals zu erreichen gewesen wäre. Der Erfolg bestand darin, daß die einzelnen Delikte immer seltener auftraten; während anfangs kaum eine Woche ohne ein derartiges Vorkommnis verging, trat schließlich ein Zwischenraum von beinahe ¾ Jahren ein. Ich glaube, daß es auf diese Weise gelungen wäre, das Kind allmählich zur Beherrschung seines Stehltriebes zu erziehen, wenn nicht die oberste Schulbehörde, welche aus meinem schulärztlichen Jahresbericht Kenntnis von dem Falle erhielt, die Mitwirkung von Lehrer und Schularzt bei diesen Erziehungsversuchen für bedenklich gehalten und verboten hätte. Das betreffende Kind wurde daher, als sich in der Folge die Diebstähle wieder häuften, einer Zwangserziehungsanstalt überwiesen. Meine Überzeugung von dem Wert der „Elektrizität als Erziehungsmittel" in geeigneten Fällen stützt sich auf eine zweite Beobachtung, über die der mitwirkende Lehrer in einer pädagogischen Zeitschrift*) schon früher berichtet hat. Es handelt sich um einen 11jährigen Jungen, dessen Hang zum Schwänzen und Stehlen auf die erwähnte Weise dauernd beseitigt wurde, nachdem die üblichen Regeln der Erziehungskunst versagt hatten.

Was nun die Bedingungen anbelangt, unter denen nach unseren schulärztlichen Erfahrungen die Anwendung leiblicher Züchtigung in der Hilfsschule bezw. bei schwachsinnigen Schulkindern als zulässig erachtet werden darf, so ist selbstverständlich in erster Linie zu verlangen, daß die mit einer derartigen Strafe verbundenen körperlichen Schmerzen und gemütlichen Erregungen keinen Schaden in gesundheitlicher Beziehung für das betreffende Kind nach sich ziehen. Da zu diesem Zwecke niemals im Affekt geschlagen werden darf, so warnen wir die Angehörigen bei jeder sich darbietenden Gelegenheit vor einer körperlichen Bestrafung ihrer Kinder und raten ihnen, bei unbotmäßigem Betragen die Hülfe des

*) Zitiert bei Bruns (l. c.).

**) Steudel, Arzt und Schulbetrieb. Gutachten deutscher Ärzte. Leipzig 1907, pag. 76.

***) Ziehen, Psychotherapie. Berlin und Wien 1898, pag. 675.

*) Büttner, Elektrizität — ein Erziehungsmittel. Allg. Deutsche Lehrerzeitung 1903, Nr. 7, pag. 80.

Lehrers in Anspruch zu nehmen. Daß auch in der Schule niemals im Affekt gezüchtigt werden darf, darüber besteht meines Wissens unter den Leitern und Lehrern von Hilfsschulen keine Meinungsverschiedenheit. Auch bezüglich der weiteren aus ärztlichen Gründen notwendigen Forderung, daß Schläge auf den Kopf unter keinen Umständen gestattet sind, herrscht Übereinstimmung. Da man ferner niemals im Voraus sagen kann, wie eine körperliche Strafe auf ein krankhaft veranlagtes Kind wirkt, so halten wir es vom schulärztlichen Gesichtspunkte aus für notwendig, bei der Anwendung des genannten Zuchtmittels in ähnlicher Weise vorzugehen wie der Arzt bei stark wirkenden Arzneimitteln, d. h. die individuell sehr verschiedene Empfindlichkeit zu berücksichtigen, überhaupt nur dann den Stock zu gebrauchen, wenn die übrigen Maßregeln sich als erfolglos erwiesen haben, und mit einer nach Zahl und Stärke der Schläge sehr milden Strafe zu beginnen. Es gibt auch unter den Hilfsschulinsassen feinfühlige Kinder, welche ein strenger Blick zum Weinen bringt, und dickfellige Rangen, welche jede Strafe abschütteln, wie der Pudel das Wasser. Hier wie in allen Fällen, in denen sich die leibliche Züchtigung als nutzlos erweist, wird selbstverständlich seitens des Lehrers auf ihre Anwendung verzichtet. Ganz selbstverständlich ist auch die Forderung, daß kein Kind gestraft wird wegen Eigenschaften, die der Ausfluß eines krankhaften Geistes- oder Nervenzustandes sind. So kann bekanntlich unruhiges Verhalten durch Veitstanz und ähnliche Erkrankungen, Unwissenheit und Faulheit durch Affekte vorgetäuscht werden, Lügen und Lachen auf pathologischer Grundlage entstehen. Insbesondere kann sich die mehr oder weniger ausgesprochene Bewußtseinstrübung bei Epilepsie in Vergeßlichkeit kundgeben und den Anschein beabsichtigter Lüge erwecken. Wenn auch in dieser Hinsicht eine fehlerhafte Behandlung in unserer Hilfsschule bei dem zwischen Lehrern und Schularzt üblichen Meinungsaustausch und gegenseitiger Belehrung über den Geisteszustand und Charakter der Schüler ausgeschlossen ist, so zeigen mir doch Fälle aus meiner nervenärztlichen Privatpraxis, wie immer noch auf dem genannten Gebiete die meisten pädagogischen Sünden begangen, manche Krankheitserscheinungen in ihren ersten Anfängen seitens der Schule verkannt, als Charakterfehler bestraft und erst bei erheblicher Verschlimmerung zur ärztlichen Beobachtung und Behandlung gelangen.

(Schluß folgt.)

Die Sanatorien für Nervenleidende und die „Arbeitstherapie".

Von *G. Chr. Schwarz*, technischer Leiter in Dr. Woringers Sanatorium, Schirmeck i. Els.

(Fortsetzung.)

Noch einmal die privaten Sanatorien.

Über den Stand der Arbeitstherapie in den Privatanstalten habe ich mich vielfach zu unterrichten bemüht, aber zum Teil gar keine Auskunft erhalten, zum Teil erschien sie mir von zu geringer Bedeutung. Ob und wie weit ich bei meinem Nachforschen beachtenswerte Pflegestätten der Arbeit übersehen habe, bleibe dahingestellt. Jedenfalls darf ich annehmen, daß weitere Auskünfte keine wesentliche Veränderungen im Gesamtbild bewirkt hätten.

Zwei Praktiker sind es vor allen, die meine Aufmerksamkeit erregten: Veraguth und Marcinowski.

Veraguth wohnt in Zürich, was mir insofern bedeutsam erscheint, als daselbst Grohmann im Bunde mit Forel, Ringier u. a. wirkte. Eine stattgehabte Berührung mit dem Grohmannschen Kreise ist sehr wahrscheinlich. Worauf es Veraguth im besonderen ankam, ist dies: angesichts dessen, daß die in Fluß gekommene Volksheilstättenbewegung der alleinige Träger der Arbeitstherapie zu werden schien, wieder zu betonen und den Beweis zu erbringen, daß die neuen Behandlungsgrundsätze auch in der Privatpraxis und in den privaten Sanatorien durchgeführt werden können. Als Ergebnis seiner in der Züricher Stadtpraxis und (seit 1901) im Sommer-Sanatorium Seelisberg gemachten Erfahrungen hat Veraguth einen bemerkenswerten Aufsatz: „Über Arbeitstherapie" in der „Therapie der Gegenwart", Mai 1905, veröffentlicht. Dieser Aufsatz bringt zwar für den Kundigen nichts oder doch nichts wesentlich Neues, aber er erregt volles Interesse, wenn man dem nachgeht, wie Veraguth unter gegebenen Verhältnissen die Aufgabe angegriffen und bestmöglich gelöst hat. Für den, der sich auf dem Gebiete überhaupt erst orientieren will, ist der Aufsatz lehrreich durch die Weite der Auffassung und die ganze Darstellungsweise.

In der Stadtpraxis erwies sich die Durchführung von Arbeiten mit muskulärer Kraftabgabe und pro-

duktivem Charakter (Schreiner- und Gärtnerarbeit) aus äußeren Gründen als außerordentlich schwierig. So sah sich hier Veraguth fast ausschließlich auf die Empfehlung von Arbeiten vom Charakter vorwiegend geistiger Betätigung angewiesen in

Kunst (Zeichnen und Modellieren),

Literatur (Niederschrift von Jugenderinnerungen, Festlegen von Notizen aus der Familiengeschichte zu Händen der Angehörigen) und

Wissenschaft (botanische Exkursionen und Übungen, die bis zum Anlegen einer topographischen Übersicht über die Flora der Gegend fortzuführen seien).

In der Sanatoriumspraxis gelang die Durchführung der Arbeitstherapie mit Einbezug von Schreinerei- und Gartenarbeiten. Außer in der Persönlichkeit Veraguths ist das Gelingen im Folgenden begründet:

1. In der Frage der Gestaltung und Verwertung der Arbeit zu Heilzwecken waren inzwischen mehr und mehr klärende Veröffentlichungen erschienen.
2. Das Patientenmaterial mag, durchschnittlich genommen, aus leichter Erkrankten bestanden haben.
3. Das Finden der anleitenden Hilfskräfte war anerkanntermaßen vom Glücke begünstigt.

Beachtenswert sind auch Veraguths abwägende Bemerkungen über Sport und seine Verordnungen ausgedehnterer Wanderungen.

Veraguth bestätigte mir, daß ihm Berichte aus anderen Privatanstalten bis jetzt nicht bekannt seien. —

Marcinowski ist durch einige gediegene Schriften über nervöse Leiden hervorgetreten. Es steht nun auch ein Aufsatz über die Reformbestrebungen und die Arbeitstherapie in Aussicht. Aus einem Brief von ihm teile ich Folgendes mit:

„Das ist ein schweres Kapitel, welches Sie da anschneiden... Zunächst bestreite ich, daß die sachliche Ausführung wirklich schwierig sei. Sie erfordert natürlich eine gewisse begeisterte Hingabe und klare Überlegungen, wie wir sie z. B. beim Kollegen Eschle in Sinsheim, dessen Buch ich gestern aus der Hand legte, finden. Was dort für die unteren Klassen geleistet ist, läßt sich auch für die oberen in anderer Form durchaus leisten. .... Für notwendig zur Durchführung unserer Idee halte ich einen Arzt, der nicht nur theoretisch auf unserem Boden steht, sondern der auch selber praktisch mitarbeitet und in persönlicher Geschicklichkeit auch das Zeug dazu hat. Als Instrukteure sind professionelle Handwerker nicht zu gebrauchen, sondern ausschließlich gebildete Menschen von psychologischem Verständnis und Takt, da sie fortwährend als bewußte Dolmetscher der ärztlichen Gedankengänge dienen müssen, also den Rang und die Aufgabe von nichtärztlichen Assistenten haben. Für alle Handwerkertechnik diente mir zur Ausbildung das Lehrerseminar für Knabenhandarbeitsunterricht unter Dr. Pabst (Leipzig). Zur Anleitung in Gartenarbeit verwandte ich grundsätzlich Damen, z. B. aus der Gartenbauschule in Marienfelde. Auch meine Herren arbeiten unter weiblicher Leitung entschieden besser wie unter männlicher."

Zunächst bedarf obiger Hinweis auf Eschle der Klarstellung, daß wir hier einen verdienstvollen Bundesgenossen auf dem Gebiete der Arbeitspflege vor uns haben, dessen Befähigung und praktisches Wirken aber andersartigen Hilfsbedürftigen, den in Pflegeanstalten vereinigten dauernd Siechen aller Art, in erster Linie zu gute kommt. Durch Erfassung des Arbeitsbetriebes nicht lediglich als eines Mittels zur Aufrechterhaltung der Ordnung und zur Verringerung der Pflegekosten, sondern weit mehr durch dessen wohldurchdachte Ausgestaltung als des vornehmsten Mittels zur Hebung der körperlichen Leistungsfähigkeit und ganz besonders als „des Regulators für den schwachen Willen und die krankhafte Willensrichtung" ist Eschle in seinen Bestrebungen der in Nervenheilstätten gesetzten Aufgabe recht nahe gekommen.

Wenn Marcinowski in der Gärtnerei grundsätzlich nur unter weiblicher Anleitung arbeiten läßt, so ist daraus doch nicht, wenigstens nicht für die Führung der Männer, eine bessere Eignung des weiblichen Geschlechtes abzuleiten. Das bessere Ergebnis erklärt sich einfach aus der Tatsache des Gebotenseins einer gewissen Belehrung und der erhöhten Mitteilsamkeit einer geschulten Gärtnerin gegenüber einem lediglich praktisch tätigen Gärtner. Veraguth preist seinen Gärtner, der einst als Maschinenmonteur zu nervöser Erschöpfung gekommen und in seinem neuen Beruf wieder erstarkt ist, wie er nun nicht nur Anordnungen gibt, sondern auch verständnisvoll erklärt, nicht mit den Schätzen seiner gärtnerischen Erfahrungen geizt und derart Interesse in die Beschäftigung zu legen weiß. —

Während der Drucklegung dieses Aufsatzes kommt mir die Broschüre von Dr. R. Götze „Über Nervenkranke und Nervenheilstätten", Halle 1907, zur Hand. Götze hat in Naunhof bei Leipzig aus kleinen Anfängen heraus eine Nervenheilstätte geschaffen und die Verwirklichung des Möbiusschen Programms angestrebt. Die Schrift ist das Ergebnis der an 300 Patienten, besonders während der Jahre 1903—1906, gemachten Beobachtungen, sehr instruktiv geschrieben, indes fast nur zur Klärung in rein ärztlichen und organisatorischen Fragen dienend.

In der Frage der Arbeitsbehandlung finde ich nur wenig und nichts Neues. Es ist aber bemerkenswert, daß Götze die Gärtnerei, entgegen der ursprünglichen Annahme, als nicht einwandfreies Betätigungsfeld erkannt hat und deswegen die Heilstätten an ein Forstrevier anstoßend errichtet sehen möchte,

um die sich so bietende Arbeitsgelegenheit auf Grund eines Abkommens mit der Revierverwaltung auszunutzen. Mich selbst hat der Plan schon vor Jahren beschäftigt, und so empfehle ich ihn ernstester Beachtung. —

Im Schirmecker Sanatorium habe ich mir die Pflege der Arbeit vom Tage der Eröffnung ab (Okt. 1904) angelegen sein lassen. Mein Stand ist dabei kein leichter, allein schon durch die Neuheit der Anstalt und die bisherige geringe Aufnahmefähigkeit (jetzt Neubau erstellt). Von seiten der Patienten habe ich keine Enttäuschung erlebt; freilich vermag ich auch mit genügender Sicherheit zu beurteilen, was überhaupt und unter gegebenen Verhältnissen, besonders aber auch unter den wechselnden Konstellationen zu erwarten und zu erreichen ist. Für Männer dienen vorzugsweise eine gut ausgestattete Schreinerwerkstatt, das Anstaltsgrundstück und die Holzremise, die Frauen beschäftigen sich bis jetzt fast ausschließlich durch Mithilfe im Haushalt. Die Heuernten vereinigten jedesmal alle auf dem einen Feld. Ich arbeite stets mit, lasse dabei immer Belehrungen mit einfließen, und wenn die Männer auf zwei oder drei Arbeitsfeldern verteilt stehen, zirkuliere ich bei allen. Auf diese Weise ersetze ich nach Möglichkeit, was an fester Organisation noch mangelt. Am ergiebigsten ist die Schreinerei, und ich habe mehr als einen tief überzeugten und dankbaren Anhänger nicht nur dieses Arbeitszweiges, sondern der Arbeitstherapie überhaupt gewonnen. Das, was ich in meinem Buch auseinandergesetzt habe, halte ich auch heute noch aufrecht. Ich bewerte aber instruktive Vorträge, überhaupt die Darbietung natürlicher rein geistiger Arbeit nun noch höher, besonders in kleineren Instituten, wo mir das Bedürfnis danach immer wieder entgegentritt. Hingegen ist geistige Arbeit in Gestalt von Lektüre und am Schreibtisch, in Anstalten geübt, in meiner Bewertung wieder mehr gesunken. Der oben gemachte Gegenvorschlag (gegen „Birkenhof" und „Friedau") ist mir erst hier aufgegangen. —

Ich will hier einen recht bemerkenswerten Erfolg des Schirmecker Sanatoriums festlegen und durch eine Gegenüberstellung deutlich hervortreten lassen.

In der Gründungsversammlung des badischen Heilstättenvereins (1904) sprach der Vorsitzende der badischen Landesversicherungsanstalt Folgendes: Die meisten ihrer Versicherungsanstalten im Deutschen Reiche hätten die „Neurasthenie" aus dem Heilverfahren ausgeschieden. Schwerere Fälle würden gar nicht mehr von irgend einer der Versicherungsanstalten zum Heilverfahren zugelassen, und zwar deswegen, weil die Erfahrungen sehr ungünstige seien. Die Renten seien überhaupt durch Heilverfahren nicht hinuntergegangen, auch durch die Lungenheilanstalten nicht. Das erwarte er auch von seiten der Nervenheilanstalten nicht anders. So seien sie dahin geführt worden, gleich mehr Renten als Heilverfahren zu bewilligen.

Die elsaß-lothringische Landesversicherungsanstalt überwies im April 1905 den ersten Patienten hierher, im August den zweiten und im ganzen im Jahre 1905 nur zehn Fälle. Im Jahre 1906 waren es der Zuweisungen bereits 48, im Jahre 1907 über 60!

Doch nicht Zahlen allein möchte ich hier reden lassen. Ich habe den Vorsitzenden unserer Landesversicherungsanstalt eigens aufgesucht, ihm den Standpunkt seines badischen Kollegen vorgetragen und ihn gebeten, sich im Interesse meiner schriftstellerischen Tätigkeit zu äußern. Sein Bescheid war der, er sei von seinem anfänglichen Mißtrauen abgekommen und mit den Kurergebnissen recht zufrieden, die besonders im Vergleich zu denen der Lungenheilstätten vorteilhaft abstächen. Er stehe also der Fürsorge für Nervenleidende zuversichtlicher gegenüber als sein Kollege in Baden!

Haben sich die Nervenheilstätten erst einmal richtig entwickelt und werden die Versicherungsanstalten längere als gewöhnlich nur sechswöchige Kuraufenthalte bewilligen, dann bieten auch schwerere Fälle gute Aussichten für die Behandlung.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Herr Geheimrat Pelman, der Nestor der Rheinischen Psychiatrie, vollendet am 24. d. M. sein 70stes Lebensjahr; seit Rücktritt von der Bonner Anstalt lebt er in seiner selbstgeschaffenen Villa in Bonn; Professur, Medizinal-Kollegium und Ehrenämter hat er noch beibehalten. Wir wünschen dem verehrten Jubilar, daß er sich der gleichen vorzüglichen Gesundheit und Rüstigkeit wie heute noch recht lange erfreuen möge.

— **Gesellschaft deutscher Nervenärzte**. Erste Jahresversammlung in Dresden, am 14. und 15. September 1907. (Fortsetzung.)

13. Herr Schanz, Dresden. Demonstration chirurgisch-orthopädisch behandelter Lähmungen. Durch die Einführung der Sehnen- und Muskeltransplantation in die Therapie der Lähmungen ist ein großer Fortschritt erzielt worden. Wir ersetzen einen gelähmten funktionsuntüchtigen Muskel durch einen ungelähmten, und vermindern auf diese Weise den Funktionsdefekt. Im günstigsten Falle ist das Resultat der Operation als eine vollständige funktionelle Heilung zu bezeichnen, bei schlechter Indikationsstellung kann auch die gelungene Operation eine direkte Funktionsverschlechterung herbeiführen. Unter günstigen Umständen erreichen wir nicht nur Verschiebungen in derselben Arbeitsgruppe, etwa derart, daß wir verschiedene Fußstrecker für einander einsetzen können, sondern wir können einem Muskel auch die Erfüllung der Tätigkeit seines Antagonisten übertragen, z. B. beim Ersatz des Kniestreckmuskels. Die neue Methode kann mit all den alten Hilfsmitteln der Lähmungstherapie (Massage und Gymnastik, Schienen, Sehnenverkürzung und -verlängerung, Arthrodese) zusammen verwendet werden. Fehlerquellen liegen dabei besonders in der Überschätzung der neuen Methode, erst nähere Bekanntschaft zeigte neben ihren Lichtseiten auch die Schatten, die neue Methode hat die alten nicht überflüssig gemacht.

Das Hauptanwendungsgebiet sind die Kinderlähmungen. Die schlaffen bieten bessere Heilaussichten wie die spastischen. Vortragender stellt eine Reihe von Fällen vor, in denen der gelähmte Kniestrecker mit Erfolg durch Kniebeuger ersetzt worden ist. In einem weiteren Falle ist ein paralytischer Klumpfuß mit Verlagerung der Peroneussehne vor den äußeren Knöchel behandelt. Man gibt dadurch dem Peroneus statt seiner Beugekomponente eine Streckwirkung und erhält zugleich eine Barrière gegen spätere Rezidive. In einem weiteren Fall ist ein Schlotterfuß mit Transplantation und Arthrodese behandelt. Bei einem vierten Patienten ist der Cucullaris in den Deltoideus gepflanzt mit Besserung der Gebrauchsfähigkeit des Armes. Schließlich einige Fälle von Littlescher Krankheit, die, früher völlig gehunfähig, sich jetzt selbständig fortbewegen können.

Diskussion.

Herr Krause hat den Ersatz des gelähmten Quadriceps durch die Flexoren des Unterschenkels 1898 zuerst ausgeführt. Zur Erzielung guter Ergebnisse muß man sich in jedem einzelnen Falle die mechanischen Verhältnisse klarlegen. Er hat z. B. auch den gelähmten Biceps brachii durch Teile des Triceps, ein anderes Mal den ausgefallenen Triceps durch Teile des Biceps ersetzt.

14. Herr Kohnstamm, Königstein und Warncke, Berlin. Demonstrationen zur physiologischen Anatomie der Medulla oblongata. Unter den in der med. obl. entstehenden Neuronen ist neben den motorischen Haubenkernen ein „Centrum sensorium" zu unterscheiden. Dasselbe nimmt Endigungen der gekreuzten sensiblen Spinalbahn und gekreuzter Sekundärneurone aus den sensiblen Hirnnervenkernen auf und entsendet einen ungekreuzten tractus bulbo-thalamicus ascendens, der in den Endstätten des Schleifensystems endigt. Damit ist die gekreuzte sensible Bahn lückenlos erkannt. Demonstration des motorischen und sensiblen Anteils der formatio reticularis an Photogrammen, die Warncke im Berliner Neurobiologischen Institute nach seinen Nisslpräparaten hergestellt hat, und an eigenen Marchi- und Nissl-Degenerationspräparaten. (Erscheint ausführlich im Journal für Psychologie und Neurologie.)

Diskussion.

Herr Rothmann betont Herrn Kohnstamm gegenüber, daß der tractus cerebellospinalis, das Gowerssche Bündel, mit der Bahn für den Schmerzsinn nichts zu tun hat. Im unteren Seitenkernstrang endigen bei Hund und Katze zahlreiche Fasern des tractus cerebellospinalis dorsalis; mit der ventralen Seitenstrangbahn hat er nichts zu tun.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

— Die Gurgel von Berlin. Von Dr. med. Magnus Hirschfeld, Arzt in Charlottenburg. Berlin und Leipzig. Verlag von Hermann Seemann Nachfolger. Preis M. 1,—.

Im ersten Teil „Was fließt im Jahr durch die Gurgel Berlins" führt der Verfasser sehr interessante Daten an über den zunehmenden Alkoholkonsum von Berlin, während er im zweiten Teil „Wie bekommt dem Körper Berlins sein Quantum Alkohol" den Einfluß des Alkoholmißbrauches auf die Kriminalistik, Mortalität und Morbidität nachweist. Ein Schlußkapitel „Was hilft dem kranken Körper Berlins" wird die Antialkoholbewegung mit ihren Abstinenz-, Temperenz- und anderen Vereinen abgehandelt.

Plesch, Hubertusburg.

Personalnachrichten.

— **Münster i. W.** Provinzialanstalt: Abteilungsarzt Dr. Többen ist zufolge Ernennung zum Kreisassistenzarzt in Münster i. W. ausgeschieden, Assistenzarzt Dr. Hegemann an die Provinzialheilanstalt in Warstein versetzt, Dr. Rizor und Dr. Lachmund als Abteilungsärzte und Dr. Dierksen als Assistenzarzt eingetreten.

— **Bergquell-Frauendorf.** Geh. Sanitätsrat Dr. W. Zenker hat aus Gesundheitsrücksichten die ärztliche Leitung seiner Anstalt Bergquell niedergelegt und dieselbe mit Genehmigung des Herrn Regierungs-Präsidenten zu Stettin seinem Sohn Dr. med. Eduard Zenker übertragen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 44. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**
Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der **Prov.-Heilanstalt Lauenburg i. Pom.** ist zum 1. April eine

Assistenzarzt-Stelle

zu besetzen. Nach der Vorlage für den Provinzial-Landtag erhalten die Stelleninhaber 1800 M. Gehalt (jährlich um 200 M. steigend) und freie Station I. Klasse. Beantragt ist ferner: nach 3 Jahren (wobei anderweite Dienstzeit angerechnet werden kann) endgültige Anstellung als Oberarzt. (Gehalt 3600—7200 in 7 dreijährigen Steigerungen, freie Familienwohnung, Heizung, Beleuchtung, Gartennutzung etc.)

Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf an den Direktor Geheimen Medizinal-Rat Dr. Siemens.

An der Landes-Heil- und Pflegeanstalt zu **Nietleben** bei Halle a. S. sind die Stellen:

1. eines Assistenzarztes
2. des Volontärarztes

sofort zu besetzen.

Zu 1. Psychiatrische (praktische) Vorbildung erwünscht. — Jahresgehalt 1800 M. (aufsteigend bis 2600 M. in einjährigen Stufen von je 100 M.) neben freier Station I. Kl. Zu 2. Jahres-Einnahme 1800 M. neben freier Station I. Klasse. Gelegenheit zur Vorbereitung auf das Kreisarztexamen gegeben. [1108

Bewerber wollen ihre Meldungen nebst Approbation, Dissertation, Lebenslauf und Zeugnissen über bisherige Tätigkeit an den unterzeichneten Direktor einsenden.

Nietleben, den 16. Januar 1908.

Geh. San.-Rat Dr. **Fries.**

An meiner **Nervenheilanstalt** ist zum 15. März eine Stelle für einen

Arzt

zu besetzen. Anfangsgehalt je nach Vorbildung 200 bis 250 M. monatlich, bei freier Station. Der Bewerbung bitte ich Zeugnisse, Lebenslauf und Photographie beizulegen. [1111

Dr. **Kahlbaum**, Görlitz.

Hartglasplatten

zur Verglasung von

Unruhigen- und Tobzellen,

sowie für **Beobachtungsfenster**

infolge ihrer **grossen Widerstandsfähigkeit**

unbedingt zuverlässig,

bei vielen Anstalten seit langen Jahren im Gebrauche, liefert **unter Garantie** billigst

Curt Zieger, Hartglasfabrik, **Dresden-A. 18.**

Dr. Warda, früher I. Assistenzarzt von Herrn Geheimrat Professor Dr. Binswanger in Jena, empfiehlt seine Heilanstalt für Nervenkranke

Villa Emilia

zu **Blankenburg** im Schwarzatal (Thüringen). Die Anstalt ist durch einen schönen und zweckmäßigen Neubau vergrößert und das ganze Jahr geöffnet. 987

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Kurhaus für Nerven- und Gemüthskranke

von Dr. Richard Fischer

Neckargemünd bei Heidelberg.

Comfortabel eingerichtete Heilanstalt in schönster Lage des Neckarthales, in unmittelbarer Nähe des Waldes und ausgestattet nach allen Anforderungen der modernen Psychiatrie — Gegründet 1898. Prospekte frei durch die Direktion.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Der Warenhausdiebstahl.

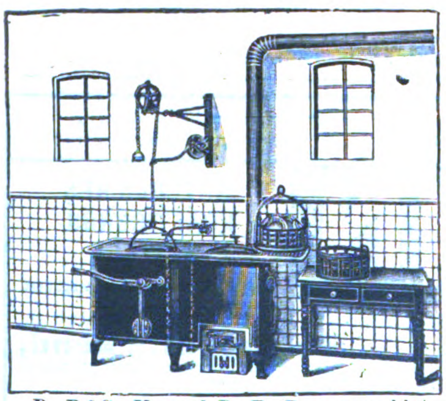
Von

Dr. med. **Leopold Laquer,**

Nervenarzt in Frankfurt a. M.

Preis 1,— M.

Neu!



D. R.-G. M. und D. R. P. angemeldet.

Geschirrspülmaschinen

für Hand- und Maschinenbetrieb.

Einfachste und betriebssicherste Maschine ohne jeden Mechanismus, trotzdem starke Wasserbewegung bei feststehendem Geschirrkorb.

Kein Schneckengetriebe an der Maschine.

Keine Wasservergeudung durch sog. Abspritzvorrichtungen.

Geringe Anschaffungskosten. Grosse Leistungsfähigkeit.

Prospekte auf Verlangen kostenlos zu Diensten.

Tüchtige Wiederverkäufer gesucht.

Rastatter Hofherdfabrik Stierlin & Vetter, Rastatt 15 (Baden).

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 44. 25. Januar 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Verhandlungen der Kommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie zur Wahrung der Standesinteressen der Irrenärzte.

Am 3. Januar cr. trat die vom Deutschen Verein für Psychiatrie bei der letzten Jahresversammlung gewählte Kommission zur Wahrung der Standesinteressen (Allg. Z. für Psychiatrie, Bd. 64, S. 473) unter dem Vorsitze von Siemens-Lauenburg in Berlin zusammen, um über die künftige Gestaltung der Anstellungs-, Gehalts- und dienstlichen Verhältnisse der Anstaltsärzte zur Herbeiführung eines geeigneten ärztlichen Nachwuchses für die psychiatrischen Anstalten zu beraten.

Außer den bereits bekannten Publikationen (Alt, Hoppe, Kraepelin) und Referaten (Siemens, Vocke) lag der Kommission neues Material zur Ärztefrage vor in den Mitteilungen von Chotzen, Deutsch, Sander, Kerris, Hopf, Ennen, Wagner, Gröschel und Spliedt (siehe diese Wochenschrift, 1907, Nr. 11, 13, 15, 17 bis 19, 25, 31) und in den Ergebnissen ausgedehnter Erhebungen, welche einige Mitglieder der Kommission angestellt und zu Referaten verarbeitet hatten.

Es referierten

Müller-Dösen über die Frage der Anstellungsbedingungen und Gehaltsbezüge der Anstaltsärzte,

Wachsmuth-Frankfurt a. M. über die Organisation des ärztlichen Dienstes an den Anstalten (Selbständigkeit der Ober- und Abteilungsärzte, Zuteilung und Dienstverrichtungen der Assistenzärzte etc. etc.),

Schröder-Altscherbitz über die besondere Ausbildung und wissenschaftliche Fortbildung der Anstaltsärzte, sowie über die geistige Anregung und Erholung derselben, endlich

v. Ehrenwall-Ahrweiler über die Verhältnisse der Ärzte an den psychiatrischen Privatanstalten,

Cramer-Göttingen über die Verhältnisse der klinischen Assistenten.

Im Anschlusse an diese Referate, welche in dieser Wochenschrift in extenso publiziert und damit allen Kollegen zugänglich gemacht werden sollen, gelangte noch eine Reihe z. T. recht bemerkenswerter Briefe von Anstaltsärzten an Mitglieder der Kommission zur Verlesung.

Nach eingehender Diskussion kam die Kommission zu folgenden einstimmig gefaßten Beschlüssen bezw. Vorschlägen.

I. Anstellungs- und Gehaltsverhältnisse.

a) Die Assistenzärzte sollen mit 1800 M. Anfangsgehalt, jährlich um 200 M. steigend, und freier Station angestellt werden. Eine frühere Dienstzeit an Kliniken, andern Anstalten und Krankenhäusern ist anzurechnen.

b) Nach drei Dienstjahren sind die Assistenzärzte, sofern sie sich zum Anstaltsdienst eignen, lebenslänglich anzustellen mit Pensionsrechten für sich und ihre Hinterbliebenen, mit Unfallentschädigung nach Analogie der preußischen Staatsbeamten, mit einem Mindestgehalt von 3600 M., steigend nach drei Jahren auf 4200 M., alsdann dreijährig um je 500 M. bis auf 7200 M. Höchstgehalt, ferner mit freier Familienwohnung, Beheizung, Beleuchtung, Gartenbenutzung, freier ärztlicher Behandlung und Arznei für sich und ihre Familienmitglieder.

Assistenzärzten, welche sich zum Anstaltsdienst nicht eignen, soll möglichst frühzeitig eröffnet werden, daß sie auf eine definitive Anstellung nicht rechnen können.

c) Die lebenslängliche Anstellung nach dreijähriger Assistentenzeit soll im allgemeinen als „Oberarzt" angestrebt werden; im Hinblick auf die bestehenden regionären Verhältnisse und zu tage getretenen Mei-

nungsverschiedenheiten, mag jedoch die Zwischenstufe des „Anstaltsarztes" (ordentlicher Arzt, Abteilungsarzt) mit den unter lit. b aufgeführten Gehalts- und Nebenbezügen belassen werden; dem Anstaltsarzt muß aber nach einer bestimmten Dienstzeit das Aufrücken in eine Oberarztstelle garantiert werden. Das Anfangsgehalt des Oberarztes ist in jenen Anstalten mit der Zwischenstufe der „ordentlichen Ärzte" oder „Anstaltsärzte" entsprechend höher als 3600 M. zu normieren.

Bei dieser Gehaltsregulierung kann die Funktionszulage für den Direktorstellvertreter in Wegfall kommen, wodurch es ermöglicht ist, den älteren Oberärzten bei entsprechender Eignung abwechselnd die Stellvertretung des Direktors zu ihrer Ausbildung zu übertragen. Einem Einrosten und Stagnieren kann durch Versetzung innerhalb der Landesanstalten vorgebeugt werden.

d) Das Gehalt des Direktors soll in Anstalten bis zu 700 Kranken mindestens 6000 bis 9000 M., in den großen Anstalten 9000 bis 12000 M. nebst den freien Nebenbezügen nach lit. b betragen und in dreijährigen Zeiträumen um je 500 bis 600 M. vom Anfangs- zum Höchstgehalt steigen.

e) Es ist wünschenswert, daß den verheirateten Ärzten in entlegenen Anstalten Erziehungszuschüsse zur Kindererziehung bewilligt werden.

II. Organisation des ärztlichen Dienstes.

In Anstalten mit einer Aufnahmeziffer bis 25% des Durchschnittsbestandes soll für je 100 Kranke eine Arztstelle exkl. Direktor vorhanden sein, in Anstalten mit höherer Aufnahmeziffer entsprechend mehr Arztstellen.

Die Kommandierung von Militärärzten zu öffentlichen Irrenanstalten ist anzustreben.

Den definitiv angestellten Ärzten soll bei der Krankenbehandlung möglichste Selbständigkeit eingeräumt werden und gewahrt bleiben, und es soll sich der Direktor ihnen gegenüber auf die Rolle des Konsiliarius beschränken.

An der Gutachtertätigkeit sollen alle Ärzte teilnehmen und auch Gelegenheit erhalten, Gutachten vor Gericht zu vertreten. Jedem Arzt soll die seine Abteilung oder seine Kranken betreffende eingehende Korrespondenz zugänglich gemacht werden. Verwaltungs- und allgemeine Angelegenheiten sollen möglichst in der ärztlichen Konferenz in Gegenwart aller Ärzte behandelt und erledigt werden.

III. Besondere medizinische Ausbildung, wissenschaftliche Fortbildung, geistige Anregung und Erholung.

Für die Beförderung zum Oberarzt wird die vorherige Ablegung der staatsärztlichen Prüfung (Kreisarztexamen, Physikatsexamen) als wünschenswert erachtet.

Außer in der Psychiatrie soll möglichst jeder Oberarzt und älterer Anstaltsarzt in einem Spezialfach der Medizin besonders ausgebildet sein (innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie etc.). Diese spezialistische Ausbildung ist nur dann als vollendet zu betrachten, wenn sie mindestens ein bis zwei Jahre gedauert hat. Sofern sie nicht vor dem Eintritt in den Anstaltsdienst erlangt wurde, ist es Sache der zuständigen Landes-, Provinzial-, Kreis- oder Kommunalbehörden, die Kosten einer solchen spezialistischen Ausbildung zu tragen.

In jeder Anstalt sind hinreichende Mittel zur Teilnahme der Ärzte an Fortbildungskursen und wissenschaftlichen Versammlungen, zu Studienreisen und zur spezialistischen Aus- und Fortbildung von Anstaltsärzten, sowie für ärztliche Bibliothek und Laboratorium auszuwerfen.

In größeren Anstalten soll ein eigener pathologischer Anatom angestellt werden. Überall aber soll in den Anstalten für einen regen wissenschaftlichen Betrieb (Referatabende, Laboratoriumsarbeiten etc.) Sorge getragen werden.

Der Ärzteaustausch zwischen Anstalten und psychiatrischen Kliniken ist anzustreben.

Es ist empfehlenswert, die jährlichen Fortbildungskurse hier und da auch an kleineren Universitäten abzuhalten.

Jedem Arzt soll nicht nur durch Einrichtung eines ärztlichen Tagesdienstes, sondern auch durch die Gewährung freier Tage und eines jährlichen längeren Urlaubes hinreichende Gelegenheit zur Erholung und geistigen Anregung gegeben werden.

Die Kommission beschloß schließlich noch, die erstatteten Referate und ihre Beschlüsse oder Vorschläge unverzüglich im Drucke erscheinen zu lassen und am Tage vor der diesjährigen Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Berlin, d. i. am Donnerstag den 23. April 1908, dort noch einmal zur Formulierung ihrer endgültigen Anträge an den Verein zusammenzutreten. V.

Die Sanatorien für Nervenleidende und die „Arbeitstherapie".

Von *G. Chr. Schwarz*, technischer Leiter in Dr. Woringers Sanatorium, Schirmeck i. Els.

(Schluß.)

Bemerkungen zur künftigen Entwicklung.

Wie stände es, im Ganzen genommen, um die Übung und Pflege der neuen Behandlungsgrundsätze ohne die Existenz und das ermutigende und anregende Beispiel von „Haus Schönow" als eines vorgeschobenen Postens!? Recht kümmerlich, so sehr, daß die Freunde der „Arbeitstherapie" allen Grund zu Besorgnissen haben könnten. Nun aber besteht wenigstens die Gewißheit, daß die Bewegung sich nicht im Sande verliert, obschon sie nur langsam und mühselig durchdringen und zu der erforderlichen Breite und Tiefe sich auswachsen wird.

Es ist ein eigenes Ding: Der Notstand so groß, die Sache ganz entschieden aussichtsreich und dabei diese langsame und schwerfällige Entwicklung. Wie der weitere Verlauf sein wird, kann jeder Kundige an der Hand dieser Darstellung ungefähr absehen. Ich will darum auch mehr die Hauptschwierigkeiten und -hemmnisse festlegen.

Die Zahl der Ärzte, die aus voller Sachkenntnis, frei und objektiv gesinnt, gesprochen und ihr Gewicht in die Wagschale gelegt hat, überhaupt lebhaftes und dauerndes Interesse an der Sache nimmt, ist gering und befindet sich vorwiegend in der außerhalb und oberhalb des Gewerbes stehenden Schicht. Ihr gegenüber steht wie ein hemmender Wall die breite Masse der praktischen Ärzte, für die Behandlung Nervenleidender nicht vorgebildet oder doch dazu nicht veranlagt, darum ohne das erforderliche Interesse für diese Kranken, in alten Meinungen befangen und zum großen Teil ohne jede Kenntnis der eingeleiteten Bewegung.

Zum anderen Kranke von einer Beschaffenheit, daß sie nicht eindrucksvoll genug, aller Welt sichtbar, den Stempel als Hilfsbedürftige an sich tragen, ganz im Gegensatz zu den Lungen- und Geisteskranken und den akut Erkrankten. Wenn an Stelle dessen sich nur der Gesamtwille der jeweilen nervenkrank Dastehenden aufrufen und auf das eine Ziel der vernünftigen Vertretung ihrer Interessen richten ließe. Aber über dem Hilfesuchen da und dort, den vielen Fehlschlägen und Enttäuschungen werden sie immer energieloser und unklarer in dem, was ihnen not tut, betreiben und verehren sie alle möglichen „Methoden", und ein Heer von Geschäftemachern vergrößert die allgemeine Verwirrung durch Anpreisen ihrer Wunderware in aufdringlichen Zeitungsreklamen. Ringen sich dann einzelne Kranke zuguterletzt zur Erkenntnis durch, dann ist der Beutel oft leer und darum der Besuch einer rechten Heilstätte kaum noch möglich.

Schließlich Kassen und Verbände, die der Heilung Nervenleidender skeptisch gegenüberstehen, dazu eben erst große Opfer für die Lungenheilstätten gebracht haben und enttäuscht über das Ergebnis sind. Sie sind zur Zeit für die neue Aufgabe so leicht nicht zu haben, dies um so weniger, als es sich hier nicht bloß um die Aufstellung von so und soviel „Betten", sondern um die Bereitung ausgiebiger Bewegungsmöglichkeiten für die Kranken handelt, somit um größeren Geldaufwand.

Dies die äußeren Schwierigkeiten, unter denen sich die rationelle Fürsorge hindurch zu ringen hat. Die Verbreitung billiger aufklärender Flugschriften und das anerkannt nötige Angehen der Privatwohltätigkeit sind Mittel und Wege, rascher zum Ziele zu kommen.

Von den privaten Sanatorien, so wie sie heute sind, ist eine umfassende Verwertung des Heilmittels Arbeit bis zu der Höhe, daß sie tonangebend die ganze Bewegung fördern, kaum zu erwarten. Unter zielbewußten Ärzten können hier aber einzelne Zweige der Arbeitstherapie auf eine vorbildliche Stufe gebracht werden. Die Hauptträger und -ausgestalter der neuen Behandlungsgrundsätze werden die öffentlichen Heilstätten sein, die viel mehr, schon um der Aufrechterhaltung der Ordnung willen, zu „Arbeitsstätten" sich zu entwickeln gedrängt sind. Das wirkt schließlich umstimmend auf die Kranken auch der gut bemittelten Kreise, diese werden mehr und mehr die allgemeinen Heilstätten aufsuchen, und dann wird es nicht ausbleiben, daß private Unternehmer dem Wandel der Verhältnisse sich anpassen. Je sorgfältiger bei der Aufnahme nur nach wirklich geeigneten Patienten gegriffen wird, unter Umgehung ausgeprägter Psychopathen, um so besser ist das für die ganze Entwicklung.

Nun zu den inneren Schwierigkeiten.

Die Zahl der Ärzte ist doch wahrlich nicht gering; so sollte man meinen, müßten sich auch geeignete Persönlichkeiten bald finden lassen. Ich muß aber mit von Strümpell hervorheben, daß das Finden in der Tat nicht so leicht und alle Sorgfalt

in der Wahl vonnöten ist. — Woher aber Arbeitsleiter nehmen? Mit gewöhnlichen Handwerkern wird man deswegen fast regelmäßig schlechte Erfahrungen machen, weil diese sich bald in eine gewisse Bedrängnis versetzt sehen: sie fühlen sich in der Bewahrung ihrer Qualitäten als in ihrem eigentlichen Beruf erwerbstüchtige Kraft mehr und mehr bedroht und sehen sich doch andererseits nicht dazu geschaffen, auf dem neuen Tätigkeitsfeld als eine Art Lehrer erstehen zu können. Man könnte an Gewerbelehrer denken, aber diese werden sich auch nicht aus ihren geordneten Bahnen in vorläufig noch unsichere Verhältnisse führen lassen. Es bleibt der eine Weg, in den Reihen genesener ehemaliger Kranker Arbeitsleiter zu suchen. Diese böten den sonst nicht leicht zu findenden großen Vorzug, daß sie Verständnis für die psychische Bedeutung des rechten Arbeitens und den erforderlichen Takt hätten*). Aber nur die wenigsten vermögen aus sich heraus erfinderisch einen neuen Beruf auszugestalten. So müßte ein Lehrbuch entstehen, in dem das Psychologische und das Technische des ganzen Arbeitsbetriebes und der Arbeitsanleitung eingehend darzustellen und an der Hand von Beispielen aus der Praxis zu erläutern wäre und das in einem Anhange Mustervorträge enthalten müßte.

Veraguth teilt mir mit, seine seitherigen Erfahrungen über Arbeitstherapie gipfelten in dem Satze, daß es ebenso schwierig wie wünschenswert sei, diese Behandlungsweise zu vervollkommnen. Ganz recht, und zwar kann es sich dabei m. E. nicht oder doch lange nicht so sehr um Erweiterung der Vorschläge, als vielmehr um die rechte Ausnutzung der Mittel und Wege handeln. Darin sollte niemand im unklaren bleiben: die Entfaltung und höchstmögliche Verwertung der „Arbeitstherapie" ist eine Kunst. Bis diese Kunst sich eingebürgert haben und „handwerkstechnisch" zurechtgelegt sein wird, ist noch ein langer Weg. Was mir nicht zum wenigsten noch einmal die Feder in die Hand gedrückt hat, ist die Voraussicht und die Sorge, daß auf dem langen Wege der Entwicklung die ganze Therapie stellen- und zeitweise durch stümperhaftes Tun in Mißkredit gebracht werden wird. So sei hier über die Sache selbst beizeiten der Schild gehalten.

Der bekannte Professor Schweninger bestätigte mir unlängst in einem Briefe sein lang zurückreichendes hohes, auch aktiv bewiesenes Interesse für die sogen. Arbeitstherapie. Aus seinen beigefügten Bemerkungen hebe ich hervor, wie es ihn betrübe, daß in Jahren auf diesem Gebiete so herzlich wenig geleistet sei, aber ihn könne das weiter nicht wundern. Nun, einen wirklichen Stillstand kann es jetzt nicht mehr geben. Aber es wird wohl so kommen, wie das auch verschiedentlich voraussehend angedeutet wurde — so besonders von Hoffmann —, daß Nichtmediziner sich als die Hauptpropagandisten der Tat erweisen werden. Hierzu lasse ich mir folgende Sätze Laehrs dienen: „Unter den sogen. Nervenkranken, welche in der Heilstätte Hilfe suchen, finden sich auch solche, für die der große Apparat eines Krankenhauses . . . nicht erforderlich, unter Umständen sogar eher ungünstig ist. Ich denke in erster Reihe an leichtere Erkrankungszustände, welche noch mehr in das Gebiet der Nervosität, als einer der ausgesprochenen Nervenkrankheiten fallen, und bei denen allein die Entfernung aus der gewohnten Umgebung, der Anschluß an gleichstrebende Genossen, eine geordnete Tageseinteilung mit gesunder körperlicher Arbeit und wirklicher Erholung in der Ruhezeit die Gesundung herbeizuführen vermögen." Laehr will derart Bedürftige den Arbeitsstätten nach dem Vorbilde seines „Birkenhofes" zuteilen, aber meine Überzeugung ist die, daß sie lieber private Erholungsheime aufsuchen werden, Institute, wie Grohmann eines ins Leben zu rufen vorschwebte. Damit sehen wir uns an den Ausgangspunkt der ganzen Bewegung zurückversetzt. All die vielen, welche jetzt in Sommerfrischen und Bädern ihr Heil versuchen, scheuen die Enge und das „Odium" der Krankenanstalt, etliche auch die vermehrten Kosten. Dazu kommt, daß ihrer nicht wenige eine instinktive Abneigung gegen Ärzte empfinden oder gar mit diesen innerlich zerfallen sind nach stattgehabter unbefriedigender Inanspruchnahme. Andererseits fühlen sie doch recht gut, wie sehr ihnen ein auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Hauswesen zu statten käme. Es brauchen nur dazu veranlagte und mit etwas Kapital ausgerüstete Nichtmediziner auf die erstandene Literatur zu stoßen, dann werden wir die privaten Erholungsheime erstehen sehen. Und auch das wird sich finden, daß von den Leitern dieser Institute — unter glücklicheren Umständen als bei Grohmann — manche zu hervorragenden Arbeitstherapeuten sich entwickeln werden.

Die Sanatorien alter Art können sich auf Möbius berufen, daß sie „einem Teile der vorhandenen Bedürfnisse entsprechen". Aber diese Bedürfnisse werden ja doch auch in den Reformheilstätten befriedigt. Somit wäre die Existenzberechtigung eigener „Untätigkeitssanatorien" nicht mehr gut zu rechtfertigen, um so weniger, je rechtzeitiger in Zukunft die Er-

*) Interessenten könnte ich gleich einen sehr geeigneten jungen Mann nachweisen.

krankten die Hilfe von Heilstätten in Anspruch nehmen werden.

Neugründungen öffentlicher Heilstätten stehen für Baden bei Donaueschingen, von seiten der Stadt Frankfurt in Köppern im Taunus und in der Rheinprovinz in Aussicht. Wenn die beteiligten Wohltäter immer eine klare Übersicht über die Sachlage hätten, so müßten sie wenigstens einen Teil des Geldes eigens zur Entfaltung der Arbeitstherapie bestimmen.

Wann mein Vorschlag zur Gründung von nach Berufen gesonderten Betriebsstätten Verwirklichung finden wird, hängt wesentlich davon ab, ob und inwieweit eine solche Idee schon von anderer Seite, wenn auch in anderem Zusammenhang, ausgesprochen und vertreten wurde. Hier wäre noch viel Vorarbeit zu tun, namentlich wären auf einer großen Konferenz von Vertretern aller möglichen Institute die ersten Grundlagen zu gewinnen. Daß diese Idee verwirklicht werden wird, steht für mich außer allem Zweifel. Die Ausführung ist ja auch gar nicht kostspielig, wie man auf den ersten Blick meint, sondern eine rentabele Sache.

Zur Bemerkung der „Arbeitstherapie".

Die Mißverständnisse und Abneigungen treten naturgemäß, außer in fehlerhaften und ausdauernden Ernstes ermangelnden Experimenten, ganz besonders in der Frage der Bewertung der „Arbeitstherapie" schwerwiegend zutage. So will ich denn in diesem Schlußabschnitt der mir mehrfach begegneten Geringschätzung gegenüber den Wert und die Bedeutung der „Arbeitstherapie" möglichst scharf und unzweideutig in das rechte Licht rücken. Zu diesem Zwecke lasse ich mir besonders die Vergleichstellung mit der herkömmlichen Behandlungsweise dienen.

Zunächst und vor allem die Frage: Wer hat die Ausdrücke „Arbeitstherapie" und nun gar „Beschäftigungstherapie" geprägt? Ich lege hier fest, daß gerade die eigentlichen Urheber der Reformbewegung, vorab Möbius, so sehr natürlicherweise ihr Sinnen und Denken dem Finden und Bereiten der angemessenen Arbeitsorganisation zugewandt war, auf obige Benennungen nicht verfallen sind. Davor hat sie die Tiefe und das Umfassende ihrer Absichten und ihres Planens bewahrt. Das einfältige Wort „Beschäftigungstherapie" gehört ausgerottet, die Bezeichnung „Arbeitstherapie" kann man durchgehen lassen, wenn die, die es gebrauchen, darunter auch immer das Rechte verstehen.

Wie Möbius sich zu der „Beschäftigungstherapie" — zu dem Ausdruck, zu der Betriebsweise und ihrem Wert — stellte, zeigt kurz und klar eine Briefstelle aus dem Juni 1902: „Vielleicht können Sie bemerken, daß ich das Wort „Beschäftigungstherapie" hasse. Es wird alles mechanisiert: Beschäftigung wird verordnet wie Massieren und Elektrisieren. Das ist Unsinn. Wenn man so gedankenlos verfährt, ist schließlich die Beschäftigung auch nicht mehr wert als Massieren usw., d. h. sie wirkt dann nur als Suggestion nach dem Maße der suggestiven Kraft des Verordnenden."

Die in Sanatorien alter Art sich ergebenden Erfolge bestreiten die Reformer nicht und haben sie auch nie bestritten. Nur schreiben sie diese weit weniger den vielerlei Kurprozeduren als vielmehr der Regelung der Tätigkeit zu, soweit diese beabsichtigt oder auch unbeabsichtigt zur Geltung kommt. Die Ausschaltung falscher Tätigkeiten durch Entfernung aus den alten Verhältnissen, die Versetzung in eine neue Umgebung mit den sich bietenden förderlichen Anregungen, Ruhe im Wechsel mit Spazierengehen, das Gehaben des Arztes, soweit es sich in jedem Falle als richtig erwies, schließlich auch der Glaube an die Kurprozeduren, das sind die Faktoren, die bisher eine gewisse Regelung der Tätigkeit bewirkten. Nur haben sich diese Machtmittel selbst bei mehr oder minder bewußter Ausnutzung in zahlreichen Fällen als unzulänglich erwiesen, in vielen anderen führten sie nur langsam und oft nicht nachhaltig genug zu einem befriedigenden Ergebnis.

Nun tritt die sogenannte Arbeitstherapie auf den Plan. Versteht man unter dieser lediglich die Führung zu produktiven Leistungen manueller oder auch (rein) geistiger Art, so können Arzt und Arbeitsleiter in jedem Einzelfall sehr wohl auch deren nächsten, direkten Anteil an der Überwindung der Krankheit bemessen, vorausgesetzt, daß sie die Befähigung zu klarer Indikationsstellung erlangt haben und während der Behandlungszeit regelmäßig konferieren. Solche Feststellungen sind sehr interessant und sie müssen gemacht werden allein schon zur Schulung der die Behandlung Ausübenden.

Einen indirekten Nutzen der „Beschäftigung" bei Gewährleistung der nötigen Ruhe wird jeder Anhänger des alten Regimes leicht zugeben und zwar nach zwei Richtungen hin:

1. Das „Beschäftigtsein" wirkt den Schädlichkeiten der Langeweile entgegen und ermöglicht eine längere Kurdauer;
2. die reelle Wirkung der Kurprozeduren (Wasser, Massage, Arznei) ist eine intensivere, indem sie auf einen aktiven Organismus trifft.

Indes, die „Arbeitstherapie" kommt nicht einfach einem Kurmittel gleich, das unter die z. Zt. gebräuchlichen eingereiht wird gleich einer neumodischen Verwertungsweise des Wassers oder gar der Elektrizität. Die das meinen, werden bald durch die psychische Wandlung der (richtig) Arbeitstätigen, durch deren Erstehen aus bloß hoffenden oder verzagten, in jedem

Falle aus bloß abwartenden Patienten zu mehr oder minder klar und zielbewußt strebenden Persönlichkeiten eines anderen belehrt.

Die „Arbeitstherapie", präziser gesagt: die Regelung der Tätigkeit in ihrem ganzen Umfang, unter Miteinbezug und Betonung produktiver Leistungen, ist in ihrem Auftreten selbstherrlich. Sie ist die Therapie für funktionell Nervenleidende, und nur weil sie in idealer Vollkommenheit nicht geboten werden kann, haben Unterstützungsmittel neben ihr ihren gern anerkannten Wert.

Wem diese Behauptung zu kühn erscheint, dem gebe ich Folgendes zu bedenken:

1. Man vergegenwärtige sich die Summe der in einer größeren Zahl Nervenkranker gehäuften körperlichen und seelischen Schwächen. Ist es da die Behandlung mit Wasser oder mit Massage oder mit Arznei oder mit Elektrizität oder mit sonst etwas, die an Mächtigkeit die „Arbeitstherapie" auch nur annähernd erreichte?

   M. Laehr schreibt auf Grund siebenjähriger umfassender Erfahrungen: „Die Arbeitsbehandlung hat vor anderen das voraus, daß sie in natürlicher Weise an der Stelle eingreift, von der die zahlreichen Krankheitserscheinungen ausgehen, an der Psyche des Kranken, hier gesunkene Kräfte weckt und hebt und damit sein inneres Gleichgewicht wieder herstellt. Und weil sie so die Krankheit an der Wurzel packt und Kräfte entwickelt, welche eine notwendige Lebensbedingung darstellen, ist ihr auch eine andauerndere Heilwirkung zuzuerkennen, als vielen der rein symptomatischen Mittel."

2. In den Sanatorien alter Art sind die Zweifler und Kritiker an den Kurprozeduren unangenehm empfundene und störende Gesellen. Sie können sich und allen anderen durch ihren Unglauben „alles verderben". Die „Arbeitstherapie" bedarf nicht, daß man an sie glaubt, ihr genügt völlig, daß man sie versucht. Ihre Wirkung ist sicher und wird durch Aufklärung nur noch erhöht. Gerade die hellen und kritisch veranlagten Köpfe unter den Kuranden werden ihre überzeugtesten Freunde und zu willkommenen Propagandisten.

Die „Arbeitstherapie" mit ihrem Ziel der Umwandlung der Sanatoriumsaufenthalte aus den bisherigen bloßen Kuren zu angemessenen Erlebnissen ist in ihrem Auftreten revolutionär.

Wie und welcher Art sie erhöhte Anforderungen an den Arzt stellt, ist oben eingehend klar gelegt. Hier will ich dazu bemerken: die „Arbeitstherapie" steht mit allem Mystischen in der Behandlung auf gespanntem Fuß. Sie entkleidet den Arzt alles unnötigen Nimbus und beschränkt die Fälle auf einen Rest, in denen sich der Arzt in die Rolle eines „Zauberers" zu begeben hat oder in der Vorstellung des Kranken in eine solche hineinversetzt wird.

In der Verwendung von Mitteln arzneilicher und physikalisch-diätetischer Art herrscht immer noch eine „plan- und trostlose Polypragmasie" (Veraguth). Hier ist die „Arbeitstherapie" berufen und allein fähig, die nötige Ordnung, Klarheit und Logik herbeizuführen. Vor allem kann die „Arbeitstherapie" nicht neben sich dulden, daß die Verwendung der gedachten Mittel in eine „Beschäftigung" der Kranken ausartet. Im weiteren ist sehr bedeutsam, daß die der „Arbeitstherapie" unterstellten Pfleglinge den sonst erforderlichen Maßnahmen gegenüber als körperlich und geistig aktive Menschen mit erhöhter Verarbeitungsfähigkeit aller Einwirkungen ausgerüstet dastehen. Was wirklich wirksam ist, ist intensiver wirksam, was weniger taugt, wird entschiedener abgelehnt. Planmäßiger Luftgenuß, Regelung der Ernährung, milde Wasserbehandlung und die Massage sind in erster Linie auszunutzen, und sie genießen auch ein weit höheres Vertrauen bei den Kranken als die Elektrizität und selbst die Arzneien.

Der (reinen) Psychotherapie — den Eindruck habe ich immer wieder erhalten — liegt vielfach eine zu spiritualistische, das Schwergewicht des Leibes zu gering achtende Auffassung der nervösen Leiden zu Grunde. Damit wären wir nach der bisher herrschenden einseitig materialistischen Auffassung beim gegenteiligen Extrem angekommen. Die Arbeitstherapie — das Wort diesmal mehr im engeren Sinne verstanden — umfaßt implizite ein hohes Maß natürlicher, organisch von innen wirkender psychotherapeutischer Kraft. Hierdurch ist die Arbeitstherapie auch der berufenste Mahner für die reine Psychotherapie, sich nicht in den Lüften zu verlieren und sich vor allem auf die Arbeitsbehandlung als ihren natürlichen Boden zu stützen. Wenn das die reinen Psychotherapeuten anerkennen und ihr Wirken nötigenfalls danach wandeln, dann ist das beiderseitige Verhältnis ein so freundnachbarliches, daß „beide" Therapien ineinander übergehen, eben die Regelung der Tätigkeit ausmachen.

Veraguth weist u. a. auf den allen Arten der reinen Psychotherapie anhaftenden Übelstand hin, daß die Patienten zeitlich beschränkt und somit in vielen Fällen zu wenig konstant unter ihrer Wirkung gehalten werden können, Laehr außerdem noch auf die Unmöglichkeit zu zeitraubenden Einzelsitzungen für alle Insassen einer größeren Heilstätte. Bei Zugrundelegung meines Systems fallen die Einzelsitzungen keineswegs gänzlich weg, es sind ihrer aber an Zahl weniger nötig und sie sind kürzer und besonders viel fruchtbarer. —

Die „Arbeitstherapie" ist eine vornehme Therapie, an deren hohem ethischen Wert beide Teile, Arzt und Patient, ihren Anteil haben:

a) Den Arzt versetzt sie durch ihre Reellität in die günstigste Position, im Dienste der Wahrhaftigkeit wirken zu können. Ich möchte nicht Nervenarzt sein wollen, könnte ich mir nicht folgende Worte von Möbius weitgehendst als Leitstern dienen lassen:

„Jedoch bleibt es wahr, daß nur die Wahrheit andauert und nicht die Lüge. Wer mehr als den augenblicklichen Erfolg ins Auge faßt, der muß es sich zum Grundsatz machen, auch die fromme Lüge zu vermeiden, soweit es geht. Der Arzt muß dem Verlangen der Leute nach der Lüge widerstreben und muß sich bemühen, die Leute zu erziehen, der Wahrheit eine Stätte bei ihnen zu bereiten. Er muß das auch um seiner selbst willen tun, denn er leidet unter der Lüge. Ich weiß das aus eigener Erfahrung, und von Jahr zu Jahr wird es mir schwerer, die Last der Lüge zu tragen."

Ich bemerke dazu noch: Weit mehr als in der Privatpraxis ist in Anstalten der Gebrauch der frommen Lüge eine bedenkliche Sache. Im täglichen Verkehr untereinander kommen die Patienten meist doch bald dahinter, und dann ist das Vertrauen zum Arzt auf Zeit oft ernstlich erschüttert.

b) Den Patienten bestellt sie, wie sie ihn zum Mitarbeiter bei der Gesundung machte, so für die Zukunft zum geklärten Wächter über sein körperliches und seelisches Wohl, sie erzieht ihn zur Übung in den Tugenden der Besonnenheit und der Selbstbeherrschung.

Mit dieser Bewertung der „Arbeitstherapie" läßt es sich jeder Kritik gelassen entgegensehen. Wer es ehrlich mit dieser Therapie meint und ausdauernd an der Überwindung der Schwierigkeiten einer wirklich gedeihlichen Handhabung arbeitet, dem sind die größtmöglichen Erfolge und reiche Befriedigung als Lohn sicher. Die „Arbeitstherapie" geht in schlichtem Gewand, indes auf die meisten nun einmal nur das Blendende Eindruck macht. Das ist auch ein Grund, weshalb diese Therapie bisher nur wenig Vertreter gefunden hat. Aber alles Echte kann die Verkennung tragen und des endlichen Sieges gewiß sein, indem es immer wieder ernst prüfende und um so viel gewichtigere Freunde findet. So schließt Veraguth seinen Aufsatz mit den Worten: „Die Arbeitstherapie ist ein Mittel κατ' ἐξοχήν zur Hebung der Persönlichkeit." Und Professor Schweninger sagt in dem schon gedachten Briefe u. a: „Ich stimme mit Ihnen, Eschle und anderen überein und finde in der „Arbeitstherapie" die beste, vornehmste und unentbehrlichste ärztliche Betätigung."

Schulärztliche Erfahrungen.

Von Dr. med. *Bayerthal*, Nervenarzt und Schularzt der städtischen Hilfsschule in Worms.

(Schluß.)

C. Kopfumfang und Intelligenz im schulpflichtigen Alter.

Der von Möbius*) aufgestellte Satz, daß „der Umfang des annähernd normal geformten Kopfes im Allgemeinen mit den geistigen Kräften wächst", hat mir Veranlassung gegeben, die Beziehungen zwischen Kopfgröße und geistigen Fähigkeiten im schulpflichtigen Alter zu untersuchen. Zu diesem Zwecke wurde von mir in den letzten drei Jahren bei ca. 3000 Volksschülern (Knaben und Mädchen) im Alter von 5½ bis 10½ Jahren eine Bestimmung des horizontalen Kopfumfanges in der von Möbius angegebenen Weise vorgenommen. Bei einem Schluß aus dem Kopfumfang allein auf die dazu gehörige Gehirngröße ist nach Rieger**) allerdings zu beachten, daß derselbe Schädelinhalt sich in Köpfen finden kann, die hinsichtlich ihres Umfanges eine Differenz bis zu 40 mm aufweisen, also z. B. die gleiche Schädelkapazität bei einem Umfange von 51, 52, 53 und 54 cm vorhanden sein kann. Diese Fehlerquelle schien mir jedoch erlaubt zu sein mit Rücksicht auf die praktischen Zwecke, welche ich bei meinen Untersuchungen im Auge hatte. Bei letzteren wurden natürlich Kinder, deren intellektuelle Leistungen infolge von Schwerhörigkeit, Sprachgebrechen, stärkeren Sehstörungen, häuslicher Verwahrlosung oder unregelmäßigen Schulbesuchs beeinträchtigt erschienen, statistisch nicht verwertet. Bei der Beurteilung der Intelligenz, bei der ich im wesentlichen auf die Angaben der Lehrer angewiesen war, wurden nach Möglichkeit bloß gedächtnismäßige Leistungen (Fähigkeit, auswendig zu lernen, mechanische Fertigkeit) auszuschalten versucht. Über die Ergebnisse meiner Untersuchungen habe ich mich an anderer Stelle*) ausführlicher verbreitet. Würden die bisher

*) Möbius, Geschlecht und Kopfgröße. Halle 1903, pag. 5.

**) Beck, Eine Methode zur Bestimmung des Schädelinhalts und Hirngewichts am Lebenden und ihre Beziehungen zum Kopfumfang. Stuttgart. Inaug.-Diss. 1906.

*) Zeitschrift für Experimentelle Pädagogik, Bd. II, pag. 247, Bd. III, pag. 238, Bd. V, pag. 223.

erhaltenen Resultate durch spätere Untersuchungen eine Bestätigung erfahren, so könnte man sagen:

Bei allen Formen verminderter Intelligenz von der schwachen Begabung in physiologischer Breite angefangen bis zum ausgesprochenen Schwachsinn kann sich jeder Schädelumfang von der maximalen Kopfgröße geistig sehr gut beanlägter Schüler bis zum kleinsten im betreffenden Alter überhaupt vorkommenden Maße vorfinden. Doch bleibt bei dem größeren Teile der den Anforderungen der Volksschule nicht genügenden Schüler der Schädelumfang hinter dem mittleren Maß gleichaltriger, das Ziel der Klasse erreichender Schulkinder zurück.

Bei intellektuell normal veranlagten d. h. das Ziel der Normalklassen erreichenden Volksschülern finden sich in der Regel (vergl. Tabelle A) die größten

Tabelle A

Kopfmaße intellektuell normal veranlagter (d. h. das Ziel der Normalklassen erreichender) Schulkinder am Ende des 1., 2., 3. und 4. Schuljahres.

Altersstufen	Schuljahr	Geschlecht K = Knabe M = Mädchen	Durchschnittliche Kopfgröße	Schädelumfang „sehr gut" und „gut" veranlagter Schulkinder max	min.	Schädelumfang „im ganzen gut" und „genügend" veranlagter Schulkinder max	min.
6½ – 7½ J.	1	K.	50,5	53½	47½	53½	47
		M.	49,4	53	47	51½	46
7½ — 8½ J.	2	K.	50,6	55	49	52½	47½
		M.	49,6	53	48	52	47½
8½ — 9½ J.	3	K.	52	56	50	54½	49
		M.	50,9	55	48½	53½	48½
9½ – 10½ J.	4	K.	52,5	55½	49	54	49½
		M.	51,3	53½	48½	54	47½

Schädelmaße bei den „sehr gut" und „gut" veranlagten, die kleinsten Schädelmaße bei den „im ganzen gut" und „genügend" veranlagten Schülern. 6jährige Mädchen mit einem Schädelumfang von 46 cm und weniger genügen in der großen Mehrzahl der Fälle den Anforderungen der Normalklassen nicht und weisen niemals „sehr gute" intellektuelle Leistungen auf; letztere finden sich nur selten bei 6jährigen Schülerinnen mit einem Schädelumfang von weniger wie 49 cm. Bei normal veranlagten Knaben scheint die minimale Kopfgröße von 46 cm im schulpflichtigen Alter überhaupt nicht vorzukommen (vielleicht von ausgesprochenen Turmschädeln im ersten Schuljahre abgesehen). Bei 6jährigen Knaben mit einem Schädelumfang unter 50 cm kommen „sehr gute" Leistungen nur selten vor.

Eine Gesetzmäßigkeit zwischen Schädelumfang und Intelligenz tritt bei normal veranlagten Schulkindern erst im Alter von 9½ bis 10½ Jahren (das dem 4. Schuljahre entspricht) deutlicher hervor, offenbar deshalb, weil sich an der Hand der für dieses Schuljahr bestimmten Lehrgegenstände dem Lehrer mehr Gelegenheit bietet, die Intelligenz seiner Schüler zu prüfen. Denn der Lehrstoff der in Betracht kommenden Klassen stellt höhere Anforderungen an das Denkvermögen (Fähigkeit des Vergleichs, der Kritik) gegenüber dem Unterrichtsmaterial der vorhergegangenen Schuljahre, zu dessen Bewältigung im wesentlichen Gedächtnis und mechanische Fertigkeiten genügten und daher für die Beurteilung der kindlichen Intelligenz von ausschlaggebender Bedeutung waren. Wie die Tabelle B zeigt, war in dem genannten Alter

Tabelle B

Kopfmaße intellektuell „sehr gut" veranlagter Schulkinder am Ende des 4. Schuljahres.

	Altersstufen	durchschnittl. Kopfgröße	größter Schädelumfang	kleinster Schädelumfang
Knaben	9 Jahre 6 Monate bis 9 Jahre 10 Monate	53,2	55½	52
	9 Jahre 10 Monate bis 10 Jahre 2 Monate	52,9	54	52
	10 Jahre 2 Monate bis 10 Jahre 6 Monate	53,8	55	52½
Mädchen	9 Jahre 6 Monate bis 9 Jahre 10 Monate	51,8	53	49½*)
	9 Jahre 10 Monate bis 10 Jahre 2 Monate	52,0	53½	51
	10 Jahre 2 Monate bis 10 Jahre 6 Monate	52,3	53½	51

bei Knaben mindestens ein Schädelumfang von 52 cm, bei Mädchen (mit einer Ausnahme unter 40) ein solcher von 51 cm erforderlich, um „sehr gute" Schulleistungen aufzuweisen. Ein wesentlicher Einfluß der Körperlänge auf die Kopfgröße ließ sich bei diesen Untersuchungen nicht feststellen.

*) Nur bei 1 Mädchen.

Auch die geistigen Unterschiede der Geschlechter, auf welche die Unterschiede in der Durchschnittsgröße des Kopfes hinweisen, beginnen sich zuerst im 4. Schuljahre deutlicher zu zeigen. Durchschnittlich übertreffen die Mädchen die Knaben in den Fächern, welche hauptsächlich Anforderungen an das Gedächtnis stellen, stehen jedoch hinter den Knaben im Bezug auf Leistungen zurück, bei denen im wesentlichen das Urteilsvermögen in Betracht kommt. Natürlich übertreffen „sehr gut“ veranlagte Mädchen Knaben mit Durchschnittsbegabung und Mädchen mit Durchschnittsbegabung intellektuell unter dem Durchschnitt stehende Knaben.

Von einem abschließenden Urteil über den Wert der erhaltenen Resultate möchte ich jedoch so lange Abstand nehmen, als ich noch nicht in der Lage bin, über den Prozentsatz der Ausnahmen nähere Angaben machen zu können. Immerhin glaube ich, daß diese Resultate nicht nur von Bedeutung für die Pädagogik und Medizin im allgemeinen, sondern auch für die psychiatrisch-neurologische Praxis sind, speziell z. B. für die Differentialdiagnose der Hysterie und Epilepsie im vorschulpflichtigen Alter, in dem die Beurteilung der Intelligenz mangels eines objektiven Maßstabes der Leistungsfähigkeit auf Schwierigkeiten stößt*). Denn eine Vorhersage in Bezug auf die voraussichtliche intellektuelle Leistungsfähigkeit scheint mir an der Hand des Schädelumfanges schon vor Beginn des Schulbesuches insofern möglich zu sein, als bei bestimmten Kopfgrößen „sehr gute“ bez. den Ansprüchen der Volksschule noch „genügende“ Leistungen in der Regel ausgeschlossen sind.

Abgesehen von diesen in wissenschaftlich-praktischer Beziehung nicht unwichtigen Ergebnissen halte ich die Fortsetzung derartiger Untersuchungen und ihre Einführung in die Schule auch deshalb für geboten, weil sie mir zur Beseitigung der Vorurteile, unter denen die moderne Psychopathologie immer noch zu leiden hat, beizutragen geeignet erscheinen, Vorurteile, die nur auf dem Wege der Erziehung und Aufklärung wirksam bekämpft werden können. Ich wüßte aber nicht, welche Demonstratio ad oculos Schule und Elternhaus deutlicher als die in Rede stehende anthropologische Untersuchungsmethode zeigen könnte, in welchem Maße die Kraft des Geistes von der Beschaffenheit des Gehirns abhängig ist.

*) Vergl. Heilbronner, Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde 1906: „Über gehäufte kleine Anfälle“.

Mitteilungen.

— **Gesellschaft deutscher Nervenärzte**. Erste Jahresversammlung in Dresden, am 14. und 15. September 1907. (Fortsetzung.)

15. Herr Oppenheim: Allgemeines und Spezielles über die Prognose der Nervenkrankheiten.

Vortragender zeigt an einer Reihe von Krankheitsformen, daß die Prognose sich im Laufe der Zeit viel günstiger gestaltet habe, als sie den früheren Erfahrungen und Anschauungen entsprach. Er führt das aus für die Tabes, Sclerosis multiplex, den Tumor medullae spinalis, die Poliomyelitis, den Tumor cerebri, den Abscessus cerebri, die Psychasthenie, die Tics usw. Dieser Wandel in den Auffassungen und Tatsachen sei auf verschiedene Momente zurückzuführen. 1. Die Fortschritte der Therapie, besonders der chirurgischen, 2. die Fortschritte in der Erkenntnis der Ursachen, 3. die Fortschritte in der Diagnostik, 4. die Tatsache, daß nicht nur die Infektionskrankheiten, sondern auch die aus ihnen hervorgehenden Nervenkrankheiten ihren Charakter ändern können, 5. daß auch die Individuen und die Generationen in ihrer Reaktion auf Krankheitsstoffe einem Wechsel unterliegen, 6. die Meinungen bezüglich der Prognose der Nervenkrankheiten ursprünglich einer zu ernsten Auffassung Raum gaben, weil sie von den schweren tödlichen Fällen abgelesen waren. Vortragender schließt daran die Mahnung, mit der Prognose vorsichtig zu sein und vor allem entsprechende trübe Auslassungen den Kranken gegenüber zu vermeiden.

Diskussion.

Herr Löwenthal kann die weitgehende Besserungsfähigkeit von Tabes und multipler Sklerose bestätigen, betont aber die Abhängigkeit der Prognose von der Art der Lebensführung.

Herr Kron: Auch die peripherischen Nervenerkrankungen bedürfen Vorsicht hinsichtlich der schlechten Prognose. Neuritiden können noch nach Jahren völlig ausheilen. Die Fälle für Operationen müssen auf das sorgsamste gewählt werden.

16. Herr Veraguth, Zürich: Über die Bedeutung des psychogalvanischen Reflexes.

Wenn man eine konstante Batterie von niedriger Spannung leitend verbindet einerseits mit dem menschlichen Körper in bestimmter Kontaktanordnung und andererseits mit einem Drehspulengalvanometer, so zeigt dieses letztere nach dem Kettenschluß Schwankungen seines Indikatorenspiegels, welche von psychophysischen Vorgängen in der eingeschalteten Versuchsperson abhängen. Ist diese in Ruhe, so zeigen die Galvanometerschwankungen eine Ruhekurve, wird sie Reizen ausgesetzt, so entstehen verschiedene Reizkurven mit charakteristischen Eigentümlichkeiten. Die

Reize können sensorieller oder höherpsychischer Natur sein. Eine Reizkurve tritt nur in Erscheinung, wenn der Reiz von einem Affekt, und wäre es auch nur der der Aufmerksamkeit, begleitet ist. Uninteressante Lektüre, gleichgültige zugerufene Reizworte stören die Ruhekurve nicht, dagegen zeigt das Galvanometer sofort Schwankungen, wenn die Worte bei der Versuchsperson einen Affekt hervorrufen. Vortr. hat diese Erscheinung den psychogalvanischen Reflex genannt. Die Frage: Handelt es sich bei den Phänomenen um Widerstandsveränderungen oder um Variationen der elektromotorischen Kraft, ist noch nicht eindeutig zu entscheiden. Eigentümlich ist, daß die „Ruhekurve" eine fallende Stromintensität zeigt, während wir gewohnt sind, bei der gewöhnlichen Applikation des galvanischen Stromes ein Fallen des Widerstandes zu beobachten. Am deutlichsten kommt das Phänomen an Hand- und Fußfläche zum Vorschein.

Für die psychologische Forschung haben wir in dem Reflex einen einfachen und eindeutigen Indikator für affektive Vorgänge. Vortr. belegt dies mit einigen Beispielen. Bei einem traumatischen Hysteriker wurden in einer Reihe von 100 indifferenten Reizworten eine Anzahl solcher eingestreut, die mit der Entstehungsgeschichte seiner Krankheit in engem Zusammenhange standen. Während eines halben Jahres waren bei wiederholter Ausführung des Versuches diese letzteren Worte jedesmal von großen galvanischen Ausschlägen begleitet. Die 100 anderen indifferenten provozierten keine oder jedenfalls keine konstant sich wiederholenden Ausschläge. Im Gegensatz dazu wurde ein Gesunder nach einem beruflichen Ärger derselben Prüfung unterzogen, die gefühlsbetonten Worte, die wieder in einer Reihe indifferenter eingestreut waren, wurden das erste Mal durch sehr starke Galvanometerschwankungen beantwortet, die folgenden Male durch immer kleinere Kurvenerhöhungen, bis nach einigen Tagen auch diese Worte keine nennenswerten Reaktionen mehr hervorriefen. Wir können also hiermit nicht nur einen Affekt automatisch registrieren, sondern auch seine subjektive Stärke beim einzelnen Individuum verfolgen.

Für die speziell-neurologische Untersuchung ist das psychogalvanische Reflexphänomen deshalb von Wert, weil wir mit ihm Sensibilitätsstörungen objektiv registrieren können. Interessant ist die Tatsache, daß der Reiz von hysterisch-anästhetischen Zonen die gleichen Galvanometer-Schwankungen hervorruft, wie der Reiz an normal empfindenden Körperstellen. Doch müssen bei der Vornahme solcher Untersuchungen gewisse Kautelen berücksichtigt werden.

Zum Schluß erwähnt Vortr., daß das Experiment auch bei Hunden, Katzen und Kröten gelingt. Der Erforschung von Sensibilitätsstörung bei Tieren ist dadurch ein neuer Weg gewiesen.

17. Herr Pfeifer, Halle: Cysticercus cerebri mit dem klinischen Bilde einer kortikalen sensorischen Aphasie, durch Hirnpunktion diagnostiziert und operiert.

Die Erkrankung begann sieben Wochen vor der Aufnahme mit Kopfschmerz und einer Sprachstörung, wozu sich eine bald wieder zurückgehende rechtsseitige Hemiparese gesellte. Bei der Aufnahme bestanden nur Klagen über Kopfschmerz und zeitweilige Benommenheit. Objektiv: Stauungspapille, links stärker als rechts, leichte rechtsseitige Fazialisparese im unteren Ast, kortikale sensorische Aphasie, beiderseits transkortikale motorisch apraktische Störungen, zuweilen auch ideatorisch apraktische Erscheinungen, leichte rechtsseitige spastische Parese. Durch Hirnpunktion wurde vom mittleren Teil der ersten linken Schläfewindung ein grauweißes Gewebstückchen gewonnen, dessen mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich nur um die Wandung einer Cysticercen-Blase handeln konnte. Die Operation bestätigte diese Diagnose, trotzdem aber die Cysticercen anscheinend sämtlich entfernt wurden, gingen die Lokalsymptome nicht zurück, es traten sogar später noch solche von seiten des Kleinhirns und der rechten motorischen Region ein. Der Fall lehrt, daß man auch nach dem klinischen Befund anscheinend lokalisierter Cysticercen-Ansammlung und bei anscheinend radikaler Entfernung auf weitere Herdsymptome durch neue Cysticercen anderen Sitzes gefaßt sein muß. Obduktionsbefunde zeigen aber andererseits, daß die Operationen solcher Fälle trotzdem stets versucht werden sollen. Die Hirnpunktion kann zur richtigen Diagnose verhelfen.

18. Herr Schwarz, Riga: Über akute Ataxie.

Vortr. berichtet über zwei Kranke, bei denen akut hochgradige Ataxie nach exzessivem Alkoholmißbrauch eintrat. Der eine Kranke bot die Erscheinungen einer alkoholischen Polyneuritis mit hochgradiger Sensibilitätsstörung und motorischer Schwäche, beim zweiten Kranken bestand hochgradige Ataxie der unteren und oberen Extremitäten bei erhaltener, sogar erheblicher grober Kraft, Hyperästhesie der unteren Extremitäten, erhaltenem Lagegefühl, gesteigerten Knie- und Bauchreflexen. Augenschluß verschlimmerte die Ataxie nicht, es bestanden Mitbewegungen und Nystagmus. Psychisch war der Kranke intakt.

Das Mißverhältnis zwischen den geringen resp. fehlenden Sensibilitätsstörungen und dem hohen Grade der Ataxie läßt es zweifelhaft erscheinen, ob die letztere auf die geringen neuritischen Veränderungen bezogen werden kann. Sie stellt eine reine Form der motorischen Ataxie vor. Die Fälle bilden eine Illustration zu den Ausführungen Duchennes, der aus anderen Erfahrungen ein solches Bild konstruierte, ohne einen derartigen Fall gesehen zu haben. Die Hochgradigkeit der Störung wird bei dieser Annahme verständlich. Das Gift hat das zentrale Koordinationsvermögen an der Wurzel gefaßt. Die akute Ataxie nach multiplen zerebralen Herden kann differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden. Verf. unterscheidet demnach vier Formen von akuter Ataxie: 1. nach multiplen zerebralen Herden; 2. akute polyneuritische Ataxie; 3. akute motorische Ataxia centralis; 4. akute zerebellare Ataxie (Bechterew).

19. Herr Mingazzini, Rom. Über einen Fall von sensorischer transkortikaler Aphasie.

61jähr. Patientin, Analphabetin, 1905 von einem rechtsseitigen Schlaganfall betroffen, bald darauf schwere psychomotorische Erregung. Sprachuntersuchung: Will

Pat. Wünsche ausdrücken oder auf Fragen antworten, so wiederholt sie stets dieselben stereotypen und bedeutungslosen Phrasen, z. B.: hier ist nichts gewesen — gehe dorthin, sie ist nicht — siehe da — hier ist nicht — sie hat geschickt — u. ä. Abgesehen von diesen Phrasen kann sie keinen Satz aussprechen, der einen bestimmten Gedanken ausdrückte. Häufig paraphasische Störungen. Bei Fragen und Aufforderungen erfaßt sie nur den Sinn einzelner Wörter, nicht aber des ganzen, wenn auch noch so kurzen Satzes. Aufgefordert, das Brot zu nehmen, zeigt sie nach dem Brote, ohne es zu ergreifen, ebenso, wenn sie das Kissen umdrehen soll, zeigt sie auf das Kissen. Manchmal wiederholt sie monoton in perseveratorischer Weise die obengenannten Phrasen. Hin und wieder Echolalie. Worte von zwei oder drei Silben vermag sie nicht in korrekter Weise zu wiederholen, verbildet dieselben in paraphasischer Weise. Die Gebärdensprache ist ausdrucksvoll und richtig. Patientin schwatzt viel, Schimpfworte werden dazwischen mit überraschender Deutlichkeit ausgesprochen. Das ganze gibt das charakteristische Bild der transkortikalen, sensorischen Aphasie.

Obduktion: Im linken Centrum ovale eine gelbe Erweichung. Bei Horizontalschnitten in Balscher Färbung trifft der Herd in höheren Abschnitten die ganze retrolentikuläre Zone der inneren Kapsel, das proximale Ende der Sehstrahlungen und des Funiculus longitudinalis inferior. In tiefer gelegenen Schnitten rückt er weiter nach außen und endigt in der weißen Substanz der Basis des Gyrus temporalis medius.

Die gegenwärtige Anschauung lehrt, daß die transkortikale sensorische Aphasie durch bilaterale Herde bedingt ist, die nicht in speziellen Gebieten lokalisierbar sind. Der vorliegende Fall lenkt die Aufmerksamkeit darauf hin, daß die Läsionen am häufigsten im Centrum ovale der zwei ersten Schläfenwindungen und des Lobulus parietalis inferior liegen, ferner aber, daß sie nicht immer auf beiden Seiten, sondern auch ausschließlich links vorkommen.

20. Herr Schuster, Berlin: Über die antisyphilitische Behandlung in der Anamnese der an metasyphilitischen und syphilitischen Nervenkrankheiten Leidenden.

Vortragender suchte festzustellen, ob die mehr oder minder intensive Behandlung der Syphilis von Einfluß ist auf die folgenden Erkrankungen des Nervensystems. Die Ansichten der Autoren über die vorbeugende Kraft der antisyphilitischen Behandlung weichen in diesem Punkte erheblich voneinander ab, ja widersprechen sich direkt. (Neißer, Eulenburg, Dinkler). Das eigene Material des Vortr. umfaßt 186 Fälle: 75 Tabiker, 35 Paralytiker und 76 Patienten mit zerebrospinaler Lues. Unter diesen Fällen ist ein kleinerer Prozentsatz gänzlich unbehandelt, in maximo zirka 23%. Der Prozentsatz der ein- und mehrmal behandelten Fälle ist größer, als er anscheinend bei Neißer war, viel größer, zwischen 17 und 19% — ist in dem Material des Vortr. der Prozentsatz der mit zahlreichen (3, 8, 9 Kuren) behandelten, wenn er auch noch immer nicht sehr erheblich ist. Weiter fragte sich Vortr., ob die Latenzzeit, d. h. die zwischen der syphilitischen Infektion und dem Auftreten der ersten nervösen Zeichen liegende Zeit bei den nicht und schlecht behandelten Fällen durchschnittlich kleiner sei, als bei den gut behandelten Fällen. Er fand, daß weder in seiner eigenen Statistik, noch in der von Eulenburg und Dinkler ein derartiger zeitlich günstiger Einfluß der Hg-Behandlung festgestellt werden konnte. Vortr. zieht aus diesen Zusammenstellungen den Schluß, daß ein Nutzen der merkuriellen Behandlung hinsichtlich der Verhütung nervöser Nachkrankheiten nicht erweislich ist.

Als Ergänzung zu dem Gesagten berichtet Vortr. über 16 serologische Untersuchungen an Paralytikern, Tabikern und Patienten mit Lues cerebrospinalis, welche von Citron und Mühsam in seiner Poliklinik ausgeführt worden sind. (Ausführliche Veröffentlichung an anderer Stelle.) Es fanden sich in einem großen Prozentsatz der Fälle Antikörper im Blute, jedoch ließ sich eine deutliche Einwirkung des Umstandes, ob die Kranken mit Hg behandelt waren oder nicht, auf den Gehalt an Antistoffen nicht feststellen. Vortr. meint deshalb, daß die Behandlung der primären Lues den Ausbruch der metasyphilitischen Leiden aus dem Grunde nicht verhüten könne, weil die Hg-Behandlung die Antistoffe nicht aus dem Blute beseitigen könne. Es wäre dies eine Stütze der Ansicht von Wernicke und Löwenthal, nach welcher die Antikörper die Hauptschädlichkeit für das Nervensystem darstellen können.

Diskussion.

Herr Kron ist bei seiner Arbeit über Tabes dorsale beim weiblichen Geschlecht 1898 zu dem gleichen Ergebnis gekommen. Die Intervalle zwischen Lues und dem Ausbruch der Tabes waren bei den energisch behandelten Fällen in der Regel größer als bei den nicht oder weniger behandelten.

Herr Rothmann widerspricht den Anschauungen des Vortragenden, er hält die Statistik nicht für beweisend und erklärt das ungünstige Verhältnis der mit mehreren Kuren behandelten Fälle so, daß hier nur diejenigen schweren Fälle übrig bleiben, die schlecht vom Hg beeinflußt werden, während alle anderen Fälle zur Heilung gelangen. Er hält zunächst die Neißersche Statistik bei den strengen Grundsätzen Neißers für die Syphilistherapie für beweisender.

Herr Schuster (Schlußwort) entgegnet Herrn Rothmann, daß er selbstverständlich kein Gegner der antisyphilitischen Therapie sei, das könne ihn aber nicht abhalten, die vorliegenden Statistiken unbefangen zu betrachten. Es handelt sich auch bei den Tabikern und Paralytikern in der Regel nicht um besonders schwere Fälle der Syphilis, im Gegenteil haben verschiedene Autoren gefunden, daß die Lues bei den Tabikern gerade häufig einen auffallend leichten Verlauf genommen hatte. Die Fälle der Statistik, die eine große Zahl von Hg-Kuren aufwiesen, seien deshalb durchaus nicht als besonders schwere Fälle von Syphilis aufzufassen.

(Schluß folgt.)

Referate.

— Buschan: 1. Mongolismus; 2. Basedowsche Krankheit; 3. Schilddrüsenbehandlung. Aus „Encyklopädische Jahrbücher der gesamten Heilkunde.“ (Eulenburg), Neue Folge, 6. Bd. 1907. Wien, Urban und Schwarzenberg.

Verf. behandelt vortrefflich obige Themen mit Anführung reichlichster Literatur. Bezüglich des Mongolismus ist der Umstand interessant, daß Beimischung von Mongolenblut das Vorkommen zu vermehren scheint, wie z. B. die Anstalt zu Kasan aufweist. Ätiologisch wissen wir nichts sicheres über diese Idiotieform. Bei Basedow werden nur die neuesten Arbeiten besprochen. Die Serumtherapie wirkt nur vorübergehend gut, besser die Elektrizität. Die Thymus verhält sich verschieden. Basedowstruma stellt Mischformen vor. Erstaunlich vielseitig ist die Schilddrüsenbehandlung; bei allen möglichen Leiden, besonders bei Basedow, doch leider meist vergebens. Gut scheint sie bei Fettsucht zu sein, neu ist sie bei Konsolidation von Knochenbrüchen und bei Hämophilie. Auch bei Eklampsie und neuerdings Epilepsie kam sie zur Anwendung. Näcke.

— Meyer: Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Jena, Fischer. 1907. 246 S.

Ein ganz ausgezeichnetes Buch! Nach dem allerneuesten Standpunkte der Wissenschaft werden die ätiologischen Verhältnisse der Psychosen dargestellt. Auch sind Hinweise auf Therapie gegeben. Verf. leugnet, und das wohl mit Recht, eine eigene traumatische und alkoholische Paralyse. Dagegen geht er wohl zu weit, wenn er behauptet, nach gynäkologischen Leiden entständen nie Psychosen, wie es auch zur Zeit noch nicht apodiktisch zu behaupten ist, was Verf. tut, daß die Syphilis die ausschließliche Ursache der Paralyse sei. Die nicht seltenen Fälle, die es stets geben wird, wo Lues absolut nicht nachweisbar ist, sind nicht wegzuleugnen! Ob wirklich Flechsigs Lokalisationslehre von den Psychiatern „allgemein“ verlassen ist, bezweifelt Ref. stark. In gewissen Fällen läßt Verf. mit Recht den Alkohol als Medikament bestehen. Zu den Freudschen Theorien nimmt er sehr richtig einen skeptischen Standpunkt ein. Näcke.

— Rohleder: Vorlesungen über Geschlechtstrieb und gesamtes Geschlechtsleben des Menschen. Bd. II. Das perverse Geschlechtsleben des Menschen. Berlin, Kornfeld, 1907. 545 S. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage.

Ein ganz vortreffliches Buch, das sich dem entsprechenden von Krafft-Ebing und Bloch an die Seite setzen läßt, reich an Erfahrung und verständiger Kritik. Es werden alle Perversitäten und Perversionen eingehend besprochen, besonders im Hinblick auf die Diagnose, die lex lata und ferenda. Den Sadismus, Masochismus hält Verf. mit Recht für angeboren, den Fetischismus mehr für erworben (? Ref.), die Homosexualität für angeboren, allein durch die bisexuelle Anlage erklärbar, und nur möglicherweise vielleicht einmal für erworben. Die Homosexualität ist eine Abnormität, und nie durch Onanie, Verführung usw. erworben. Der § 175 muß fallen. Man sieht, Verf. ist in seinen Ideen fortgeschrittener als Krafft-Ebing. Näcke.

— Eichhorst: Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten. II. Teil. 103 Abbildungen. Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1907, 439 S.

Dieser Band behandelt sehr gut, klar und übersichtlich die Krankheiten des Gehirns, der Hirnhäute, die zerebralen Neurosen und endlich die des Sympathikus. Zahlreiche gute und instruktive Bilder sind beigegeben und überall sieht man die große Erfahrung des Verfassers, der vor allem für den Praktiker schreiben will. Der Diagnose und Therapie ist besondere Sorgfalt gewidmet und auch die physiologischen Bemerkungen sind reichliche. Auf Streitpunkte läßt sich Verf., wohl mit Recht, nicht ein. So bringt er z. B. die Aphasielehre in der alten Form vor und erwähnt nichts von den Behauptungen Marie's, der sie umstoßen möchte. Vorzüglich sind besonders die Epilepsie, Hysterie, Tetanie, Chorea und die Basedowsche Krankheit abgehandelt. Es ist nur zu bedauern, daß bez. des psychischen Zustandes zu wenig mitgeteilt ist. Näcke.

Phytin — das saure Kalzium- und Magnesiumdoppelsalz der Anhydrooxymethylen-Diphosphorsäure, in allen Samen, Knollen, Wurzeln etc. als unabhängiger Phosphorreservestoff abgelagert und zur Entwicklung des pflanzlichen Embryos bestimmt, wie sein Entdecker Posternok in Paris feststellte — hat sich bei konsumierenden Krankheiten, bei Neurasthenie und Psychasthenie, besonders aber bei Rhachitis vorzüglich bewährt und findet seine Anwendung in neuester Zeit immer mehr Verbreitung, insbesondere seitdem die das Präparat herstellende „Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel“ das verbilligte sterile Phytinum liquidum in den Handel bringt, das in Originaltropfgläsern zu 20 g für 1,20 M in den Apotheken zu haben ist. 80 Tropfen entsprechen einem Gramm Phytinpulver. Bei der üblichen Tagesdosis von 2 × 40 Tropfen bei Erwachsenen, 2 × 10 Tropfen bei Kindern stellt sich die Verordnung ungefähr ebenso billig, wie die des Phosphorlebertrans Bei Verordnung von 2 × 40 Tropfen macht man nach Gebrauch von 2 Fläschchen = 12 Tage eine 4 tägige Pause; ebenso tritt bei Verordnung von 2 × 10 Tropfen nach 12 Tagen eine viertägige Pause ein. Für Kinder ist übrigens noch eine besondere Mischung von Phytin mit Milchzucker hergestellt worden; es wird unter dem Namen **Fortossan** in den Handel gebracht. Ferner dient zur Verwendung bei Malariakachexie, Neuralgien, Migräne, fieberhaften Krankheiten usw. das **Chininphytin** oder anhydrooxymethylendiphosphorsaure Chinin, ein gelbliches, kristallinisches, bitter schmeckendes, in Wasser leicht lösliches Pulver mit 57 % Chininbase und 43 % freier Phytinsäure. 1 g entspricht, seinem Gehalt an Alkaloid nach, 0,75 g Chininum hydrochloricum und 0,5 g Phytin. Es handelt sich also nicht um eine Mischung von Chinin + Phytin, sondern um Chininum phytinicum. Es kommt in versilberten Tabletten zu 0,1 g (50 Tabletten zu 0,1 g = 2 M.), ferner zur Dispensation in den Apotheken und zum Verbrauch in Heilanstalten in Pulverform in Gläsern zu 25, 50, 100 und 250 g in den Handel. Weder Phytin noch Chininphytin dürfen subkutan gegeben werden, da Entzündung der Haut entsteht. (Dr. Streffer, „Therapeutische Neuheiten“, 1907, Aprilheft, Leipzig.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in **Halle a. S.**
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 45. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 45. 1. Februar **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Gehalt und Anstellungsbedingungen der Aerzte an den Irrenanstalten.*)

Von Dr. *Hellmut Müller*, Oberarzt der Heilanstalt Dösen bei Leipzig.

Die materielle Stellung der Ärzte an den öffentlichen Irrenanstalten hat in erster Linie durch den Mangel an geeigneten Bewerbern für freie Assistenzarztstellen, welche schwere Sorge erregt und auf Abhilfe drängt, das Interesse aller beteiligten Kreise in Anspruch genommen. Noch weit größer, als es nach den Inseraten der Blätter scheint, ist die Assistentennot, da viele Anstalten garnicht mehr oder doch nur in großen Zwischenräumen ihre freien Stellen anbieten, und Mangel an Auswahl ist vielfach der Grund, daß ungeeignete Kräfte angestellt werden müssen. Wir suchen die Ursache dieser Not in der unzureichenden Besoldung und sind dazu umso mehr berechtigt, als das geringe Einkommen in den heutigen teuren Zeiten von den beteiligten Ärzten sehr drückend empfunden wird, zumal sie die hohen Anforderungen des Berufs nur dann ohne schwere Schädigung tragen können, wenn sie die Möglichkeit haben, sich oft in geistigen Anregungen und Erholungen neuen Mut und neue Kräfte zu suchen.

Nichts spricht so beredt für die Notwendigkeit von Reformen in den Gehaltsverhältnissen unseres Berufs, als seine mangelhafte Anziehungskraft. Die Anstalten können sich nicht mit den wenigen begnügen, welche lediglich aus Liebe zum Beruf Lust haben, alle Entbehrungen zu tragen. Der Normalmensch verlangt neben der Freude an der Arbeit auch Freude am wirtschaftlichen Fortkommen. Strömen dem Beruf zu wenig frische Kräfte zu, so ergibt sich daraus die ebenso natürliche wie notwendige Forderung, daß seine Anziehungskraft erhöht werden muß.

*) Nach einem in der Sitzung der Kommission zur Wahrung der Standesinteressen am 3. Januar 1908 gehaltenen Referat.

Auf eine Vergleichung mit dem Gehalt anderer Berufsarten*) gehe ich absichtlich nicht ein, weil gegenwärtig fast überall die materielle Lage drückend empfunden und mit Aussicht auf Erfolg eine wesentliche Verbesserung der Gehaltsverhältnisse angestrebt wird. Vergleicht man nun die Gehaltssätze der deutschen Irrenanstalten unter sich, so findet man die größten Verschiedenheiten, welche jedem Gerechtigkeitsgefühl spotten. Daß hier ein Reformbedürfnis vorliegt, wird niemand bezweifeln. Es wird aber nicht möglich sein, einen Maßstab zu finden, welcher den Gehaltsregulativen aller Länder, Provinzen und Gemeinden Rechnung trägt, man wird sich vielmehr damit begnügen müssen, in den Grundzügen und den Hauptsachen eine Einigung zu suchen. Am ersten läßt sich wohl eine Annäherung dort schaffen, wo ähnliche Verhältnisse obwalten, also in den verschiedenen Provinzen des preußischen Staates und in den bayrischen Kreisen.

Andererseits wird wohl darauf hingewiesen, daß wegen der Verschiedenartigkeit der Anstalten bezüglich Lage, Lebensmittelpreise, Arbeitslast u. dergl. das Ärztegehalt verschieden bemessen werden müßte. Aus gutem Grunde geschieht dies aber doch bei anderen Beamtenklassen auch nicht, abgesehen vom Wohnungsgeld, welches für unsere Verhältnisse selten in Betracht kommt. Vorzüge und Nachteile werden sich oft ausgleichen; als teuer verrufene Gegenden und Orte bieten dafür häufig mehr, der größeren Arbeitslast steht meist ein reicherer Gewinn für die Anregung und Ausbildung gegenüber. Ob das Leben in Süddeutschland tatsächlich billiger ist, kann ich nicht beurteilen; Vocke, Allgemeine Zeitschrift für

*) Vergl. Hoppe, die Stellung der Ärzte an den öffentlichen Irrenanstalten. Halle 1902, S. 95 ff.

Psychiatrie, Bd. 63, S. 873 ff., hat es mit Entschiedenheit zurückgewiesen.

Ein Punkt ist aber doch der Beachtung wert. In abgelegenen Anstalten verursacht die Kindererziehung unverhältnismäßig größere Ausgaben, von den Unannehmlichkeiten und Störungen des Familienlebens durch die weite Entfernung der Schulen ganz zu schweigen, und es erscheint daher gerechtfertigt, für solche Fälle besondere Zulagen zu gewähren.

Sehr wichtig ist nun noch, die Aufmerksamkeit auf die Unsicherheit der ärztlichen Laufbahn an den Anstalten zu richten. Weiß doch vielfach der Arzt nicht, ob und wann er ein ausreichendes Gehalt erhoffen darf. Das Aufrücken hängt oft von dem Freiwerden von Geld und Stellungen oder von jedesmal erbetenen Zulagen ab, eine feste Gehaltsskala ist stellenweise überhaupt nicht vorhanden.

Für die Assistenzärzte ist ein Gehalt von 1800 M. nebst freier Station zur Bestreitung der notwendigen Ausgaben und zur Gewährung besonderer Wünsche völlig genügend. Da die Assistentenzeit nur wenige Jahre dauern soll, müssen die Steigerungen in kurzen Zwischenräumen erfolgen, damit die höheren Gehaltsstufen überhaupt erreicht werden. Kurzfristige Aufbesserungen bieten für die jungen Ärzte auch einen Anreiz, bei der Anstalt auszuharren.

Einige Anstalten, wohl durch die Not gezwungen, haben freilich ein weit höheres Anfangsgehalt ausgesetzt. Man wird aber vor einer Verallgemeinerung dieses Verfahrens warnen müssen, da das Mißverhältnis eines anfänglich überreichen zu einem späteren knappen Gehalt leicht Unzufriedenheit schafft und auch zu fürchten ist, daß durch hohes Anfangsgehalt nicht die besten Elemente herangelockt werden; ich verweise auf den Artikel des Kollegen Groeschel, Heft 25 der Wochenschrift, S. 203. Die jungen Ärzte scheinen sich übrigens vielfach schon zu Anfang sehr zu überlegen, was sie später zu erwarten haben. Es wird sogar behauptet, ein hohes Anfangsgehalt wirke geradezu abschreckend, weil besondere Nachteile dahinter vermutet würden.

Um den Wünschen der jungen Mediziner nach bestimmten Aussichten auf gesicherte Lebensstellung entgegenzukommen, ist jetzt nach dem Vorgang von Pommern an manchen Anstalten die Möglichkeit gegeben, einen Assistenzarzt, welcher sich bewährt hat, nach einer bestimmten Anzahl von Dienstjahren mit dem zur Gründung eines Haushalts nötigen Gehalt fest anzustellen. Bei der Eigenart des Berufs, für den nicht jeder paßt, wird man nicht davon abgehen dürfen, daß der festen Anstellung eine nicht zu kurze Probezeit vorangeht, in welcher sich die Qualifikation zum Anstaltsarzt erweisen soll. Anfangs hat man die Zeit auf fünf Jahre bestimmt, jetzt aber scheinen die maßgebenden Stellen durchweg drei Jahre für richtiger zu halten. Man muß freilich bedenken, daß eine zu lange Probefrist diejenigen in ihrer Laufbahn schädigt, welche wieder austreten, und daher von vornherein abschreckend wirkt. Ist doch bereits eine lange Zeit mit verhältnismäßig wenig Nutzen für den praktischen Arzt verloren gegangen, wenn der junge Mediziner, welcher etwa mit 27 bis 28 Jahren in den Anstaltsdienst eingetreten sein kann, im Alter von 30 bis 31 Jahren zum Austritt gezwungen ist und sich nun gewissermaßen einer völlig neuen Laufbahn gegenüber sieht, auf die er sich von frischem unter nicht geringen Geldopfern vorbereiten muß. Wird man sich daher scheuen, das Verhältnis noch ungünstiger zu gestalten, so ist doch eine noch kürzere Probezeit, wie sie vereinzelt befürwortet wird, nicht unbedenklich. Von Alt ist vorgeschlagen, daß man einen Arzt, welcher nach drei Jahren den Anstaltsdienst verlassen soll oder will, durch Auszahlung einer Summe von 3000 Mark in den Stand setzen soll, sich auf eine andere Tätigkeit vorzubereiten und niederzulassen. Nach fünf Jahren würden 5000, nach zehn Jahren 10000 Mark gezahlt werden können, „ohne Nachweis einer Invalidität und gegen Verzichtleistung auf irgendwelche Pensionsansprüche." *) Beachtenswert ist der Plan der Provinz Sachsen, den abgehenden Ärzten kostenlose Fortbildung in einer der Provinzialhebammenanstalten zu gewähren.

Bei der verallgemeinerten festen Anstellung kann es natürlich vorkommen, daß an einer Anstalt nur ältere Ärzte sind. Man hat hierin eine Schädigung gesehen, da dem Anstaltsleiter einige junge Kräfte von besonderem Nutzen seien, das jahrelange Zusammenleben älterer Kollegen in den meist übermäßig abgeschlossenen Verhältnissen einer Anstalt häufig unerquickliche Zustände zur Folge habe und der Mangel frischen Blutes und neuer Anschauungen zu einer dem Dienst und den Persönlichkeiten schädlichen Einseitigkeit führe.

Es ist aber fraglich, ob man einen genügenden Zufluß tüchtiger Kräfte zum Anstaltsdienst überhaupt erreichen kann, ohne bestimmte Aussicht auf feste Anstellung zu bieten. Diese Methode scheint denn auch immer weiter Fuß zu fassen und sich vortreff-

*) Alt, Videant consules. Diese Wochenschrift 1906, S. 389 ff.

lich zu bewähren. Vielleicht ist sie für manche Anstalten aber doch nicht passend, besonders für solche, welche keine Möglichkeit eines Austausches der Ärzte mit anderen Anstalten haben und dabei einen Ärztemangel nicht zu fürchten brauchen.

Den Nachteilen einer „Stagnation" älterer Ärzte müßte man entgegenwirken durch Versetzungen nach anderen Anstalten, reichlich bemessenen Urlaub, Abkommandierung an Kliniken und Krankenhäuser, Instruktionsreisen, Teilnahme an Versammlungen und Fortbildungskursen, sowie durch wissenschaftliche und gesellige Zusammenkünfte in der Anstalt; hier öffnet sich noch ein weites Feld für die Verwaltungsbehörden und Anstaltsleiter.

Wie sehr für den Zuzug junger Ärzte das wissenschaftliche Ansehen einer Anstalt, die Gelegenheit zu wissenschaftlicher Betätigung und Fortbildung, sowie ein befriedigender Tätigkeitskreis von Bedeutung sind, will ich nur kurz erwähnen.

Bei den fest angestellten Ärzten handelt es sich besonders um die Frage, ob man zwischen Assistenzarzt und Direktor ein oder zwei Gehaltsstufen schaffen soll. Der große Vorteil einer einzigen Stufe liegt in der Sicherheit, mit welcher dann jeder darauf rechnen kann, in bestimmter Zeit das Höchstgehalt (vom Direktorgehalt abgesehen) zu erreichen. Sind zwei Stufen vorhanden, so wird der Zufall dem einen schnell gewähren, was anderen, nicht weniger Tüchtigen lange Jahre versagt bleibt, und wer spät in die höhere Stufe kommt, wird das Höchstgehalt in gar zu hohem Alter erreichen.

Mehr, als es nach dem scheint, was an die Öffentlichkeit gedrungen ist, findet sich in den Kreisen der jüngeren Psychiater der Wunsch, daß hier Reformen einsetzen möchten. Fast überall ist die Aussicht zum Aufrücken in Oberarztstellen ganz unsicher und der Gedanke, bis ins graue Alter „Anstaltsarzt" bleiben zu müssen, ist wirklich kein frohes Zukunftsbild.

An manchen Anstalten mag es bisher nicht so trübe aussehen, die Verhältnisse würden aber sicherlich künftig ungünstiger werden. Die Anstaltsarztstellen sind meist erst vor einigen Jahren eingeführt worden, wohl vielfach nur als Notbehelf, um die Möglichkeit zum Heiraten zu geben und dadurch manche jungen Ärzte der Laufbahn zu erhalten, die sonst gezwungen gewesen wären, sich von ihr abzuwenden. Es sind aber auch in letzter Zeit viele neue Anstalten entstanden und vielfach die Oberarztstellen vermehrt. Das Bedürfnis nach neuen Anstalten wird voraussichtlich allmählich geringer werden. Man bedenke doch die verhältnismäßig geringe Anzahl von Oberarztstellen und rechne sich aus, welche Aussichten der junge Arzt hat, wenn nicht ein schneller Wechsel bei den Oberärzten garantiert ist.

Der Kollege Spliedt (Nr. 31 der Wochenschrift) hat nicht so Unrecht, wenn er sagt, daß bei dem System der zwei Stufen für ein regelmäßiges Aufrücken gesorgt und in die Psychiatrie der blaue Brief eingeführt werden müßte. Das Gehalt des Anstaltsarztes wird schon nach wenigen Jahren als äußerst knapp empfunden, und die Lebensteuerung der letzten Jahre hat natürlich empfindlich verschärfend gewirkt. Auch Cramer hat auf der vorjährigen Versammlung in Frankfurt hervorgehoben, wie trübe Aussichten sich eröffnen, wenn jemand viele Jahre lang Anstaltsarzt bleibt und für eine größere Familie zu sorgen hat. Nun könnte man freilich das Gehalt der Anstaltsärzte genügend hoch ansetzen, so daß sie auch ohne Aufrücken zum Oberarzt ein befriedigendes Einkommen haben. Hiergegen hat Neißer auf der Versammlung eingewendet, daß dadurch das Gehalt der Oberärzte so sehr in die Höhe getrieben würde, wie man es den Verwaltungen nicht zumuten kann.

Die Trennung in zwei Stufen wird befürwortet, weil man die Oberärzte, denen zur Entlastung des Direktors wichtigere Funktionen anvertraut sind, gemäß der größeren Bedeutung ihrer Tätigkeit auch besser besolden und den Eifer der jungen Ärzte durch das Streben nach der höheren Stufe rege erhalten will.

Von Vocke (Nr. 13 der Wochenschrift) ist auf die Gefahren einer mangelhaften Gliederung bei Beamten hingewiesen und geltend gemacht worden, daß es unbefriedigend sei, wenn das Avancement vorzeitig abgeschlossen ist und die Dienstalterszulagen nur noch ersessen werden. Wenn sich auch nicht bezweifeln läßt, daß ein Ringen nach höheren Zielen der beste Ansporn zur Entwicklung tüchtiger Kräfte ist, so darf man doch nicht aus den Augen verlieren, daß sich schwere Bedenken gegen die Trennung in zwei Stufen erheben, daß sie die Nachteile der anderen Methode auch nicht ganz beseitigt und daß die Schaffensfreude und der Eifer doch durch das Streben nach einer Direktorstelle immer rege gehalten wird.

Wo man die Trennung in zwei Stufen nicht aufgeben kann, lassen sich die Nachteile dadurch umgehen, daß man, nach dem Vorbilde der Provinz Brandenburg, die Anstaltsärzte nach bestimmten Dienstjahren zu Oberärzten aufrücken läßt. Mindestens aber muß der Direktor die Möglichkeit haben, das Auf-

rücken zu erwirken, auch ohne Freiwerden einer Oberarztstelle.

Gegenüber den heute gültigen Sätzen muß sowohl das Anfangs- wie das Endgehalt der fest angestellten Ärzte durchweg erhöht werden. Das erstere entspricht, von wenigen Ausnahmen abgesehen, nicht den Anforderungen, welche heutzutage ein Haushalt stellt. Hierauf ist es wohl zurückzuführen, daß auffallend viele fest angestellte Ärzte unverheiratet sind. Die Steigerungen müssen den wachsenden Ausgaben einer Familie entsprechend genügend schnell aufwärts führen, so daß das Endgehalt Anfang, spätestens Mitte der fünfziger Jahre erreicht wird. Das Höchstgehalt muß darauf berechnet sein, daß die Mehrzahl der Ärzte eine Direktorstelle nicht erlangen kann, und muß dem Gehalt von Beamten mit selbständigem Wirkungskreis entsprechen.

Für den ältesten Oberarzt ist jetzt meist eine pensionsfähige Zulage von 500 bis 600 M. angesetzt, weil er mit der Stellvertretung des Direktors betraut ist. Will man auch diese Abstufung vermeiden und sich in der Auswahl des Stellvertreters der Direktion nicht binden, so empfiehlt es sich, diese Zulage fortzulassen und statt dessen das Gehalt sämtlicher Oberärzte höher anzusetzen.

Neben dem Gehalt sind als freie Nebenbezüge zu gewähren: den Assistenzärzten Station I. Klasse mit ordentlichen zweizimmerigen Wohnungen, den fest angestellten Ärzten: Familienwohnung, Garten, Beleuchtung, Feuerung, Arznei und ärztliche Behandlung, auch für die Familie. Wo es sich nicht umgehen läßt, daß hierfür Gehaltsabzüge gemacht werden, oder wo etwas nicht gewährt werden kann, ist das Gehalt natürlich entsprechend höher anzusetzen. Gerechtfertigt sind die Wünsche, daß den Ärzten, welche in Anstaltsverpflegung sind, für die Zeit des Urlaubs der Wert der Beköstigung ausgezahlt und daß, falls Stellen längere Zeit unbesetzt sind, das freie Gehalt unter die dadurch mehr belasteten Ärzte verteilt wird.

Als selbstverständlich sollte man ansehen, daß alle „fest angestellten" Ärzte tatsächlich ohne Kündigung auf Lebenszeit angestellt sind. Wie unwürdig für die Ärzte die Anstellung auf Kündigung ist, hat Hoppe, l. c., S. 136, genügend dargelegt. Falls aber grundsätzlich lebenslängliche Anstellung nicht möglich ist, so sollte schon der Gerechtigkeit wegen das Gehalt höher bemessen werden.

Die fest angestellten Ärzte müssen Anspruch auf Pension, Unfallentschädigung, Witwen- und Waisenversorgung haben. Bei den großen Gefahren des Berufs für Gesundheit und Leben ist es gerechtfertigt, daß im Falle der Invalidität oder des Todes durch einen Unfall im Beruf nicht die gewöhnliche, sondern eine höher bemessene Pension für den Arzt oder seine Familie vorgesehen wird. Auch die Assistenzärzte sollten in diesem Falle Anspruch auf Pension haben. Die Provinz Brandenburg, welche in mancher Hinsicht an der Spitze steht, gewährt den Ärzten außer der Pensionsberechtigung 17% der Lebensversicherungsprämie; ein nachahmungswürdiges Vorgehen!

Bei Bemessung der Pension ist der Wert der Nebenbezüge dem Gehalt zuzuschlagen. Eine dringende Forderung ist, daß die Möglichkeit vorgesehen wird, den eintretenden Ärzten auswärtige Dienstzeit sowohl auf die Pension wie auch auf die Höhe des Gehalts und auf das Avancement anzurechnen. Man sollte dabei nicht nur die Dienstjahre an Irrenanstalten, sondern auch an Kliniken und öffentlichen Krankenhäusern, unter Umständen auch die der allgemeinen Praxis in Betracht ziehen. Man muß doch bedenken, wie wertvoll es für die Irrenanstalten ist, spezialistisch vorgebildete und überhaupt gut geschulte Ärzte zu erhalten. Solche werden sich aber natürlich scheuen, wieder von vorne anzufangen, wenn ihre früheren Dienstjahre als verloren gelten. Daß die Militärdienstzeit für die Pension angerechnet wird, ist schon jetzt weit verbreitet.

Andererseits ist es gerechtfertigt und wünschenswert, daß von den jungen Ärzten als Vorbedingung für die feste Anstellung das Bestehen der Kreis-(Bezirks-)Arztprüfung verlangt wird.

Auf eine Besprechung des Gehalts der Direktoren kann ich mich nicht einlassen. Es muß natürlich wegen der größeren Verantwortlichkeit deutlich höher sein als das der Oberärzte und wohl je nach der Größe der Anstalten verschieden bemessen werden.

Es bleibt mir nun nur noch übrig, die Gehaltssätze anzuführen, welche von der Kommission vorgeschlagen werden.

Assistenzärzte: 1800 bis 3000, jährliche Zulagen von je 200 M. Nach drei Jahren bei Bewährung feste Anstellung als Oberarzt.

Oberärzte: 3600 bis 7200, dreijährliche Zulagen, das erste Mal von 600, sodann 500 M., so daß das Höchstgehalt nach 21 Jahren, etwa im Alter von 52 Jahren erreicht wird.

Direktoren 6000 bis 9000, für große Anstalten: 9000 bis 12000 M.

Viele Behörden beabsichtigen jetzt die Gehaltsverhältnisse aufzubessern; es ist zu wünschen, daß sie sich nach Möglichkeit den genannten Sätzen anpassen-

	Gehalt				Dienstalterszulagen (wie hoch? — nach wieviel Jahren? — wie viele?)				Anstellungsbedingungen			
	Assistenzärzte	Fest angestellte Ärzte untere Stufe (Anstaltsärzte)	Fest angestellte Ärzte obere Stufe (Oberärzte)	Direktor	Assistenzärzte	Anstaltsärzte	Oberärzte	Direktor	Assistenzärzte	Anstaltsärzte	Oberärzte	Direktor
Provinz Ostpreußen	(1500 Volontärarzt) 1080—2400	3000—5000	3500—5500 +500	5000—8000	200 M. 2 jährl. 3 mal	400 M. 3 jährl. 5 mal	500 M. 3 jährl. 4 mal	750 M. 3 jährl. 4 mal	1/4 j. Kündig. Lebenslängliche Anstellung erst durch besonderen Beschluß des Provinz.-Ausschusses, meist nach 10 jähr. Dienstzeit	1/2 j. Kündig.	1/2 j. Künd.	lebenslänglich
Westpreußen	1800—2400	2400—3600 m. fr. Station	3600—5600 +600	nicht festgelegt	100 1 j. 6	400 3 j. 3	400 3 j. 5	nicht festgelegt	1/4 j. Kündig. Nach 5 J. Bef. z. Anstaltsarzte	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Brandenburg	1800 oder 1000—2400	3600—4800 abzüglich 250 M. für Feuerung, Beleuchtung u. Arznei, ferner 3 M. p. ar f. Garten.	4500—6000 +600	6000—9000	100 1 j. 2 resp. 1 200 2 j. 2	400 3 j. 3	500 3 j. 3	bisher: 600 3 j. 5	1/4 j. Kündig.	1/2 j. Kündig. Nach 6 J. Bef. z. Oberarzt (auch ohne Vakanz.)	lebenslänglich	lebenslänglich
Pommern	(1200 Volontärarzt 1500—2400	3000—6000 +600		5200—8500	100 1 j. 9	—	500 3 j. 2 400 3 j. 5	600 3 j. 3 500 3 j. 3	1/4 j. Kündig. Nach 5 J. Bef. z. Oberarzte	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Posen	2000—2500	3300—5300 Feuerung und Beleuchtung nicht frei	3600—6000	5400—9000	100 1 j. 5	400 3 j. 5	400 3 j. 6	600 3 j. 6	1/4 j. Kündig. Nach 5 J. Bef. z. Anstaltsarzt	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Schlesien	1800—2300	2400—3600 m. fr. Stat.	3600—6000	5200—8500	100 1 j. 5	400 3 j. 3	400 3 j. 6	600 3 j. 3 500 3 j. 3	1/4 j. Kündig. Nach 3 J. lebensl., n. 5 J. Anstaltsarzt	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Provinz Sachsen	1800—2600	3300—5300 f. Feuerung u. Beleucht. Abzug v. 222 M.	4200—6500 +600 2 besond. Stell +900 +1000	6000—9000	100 1 j. 8	400 3 j. 5	500 3 j. 4 300 3 j. 1	600 3 j. 5	1/4 jährliche Kündigung Keine bestimmte Aussicht auf feste Anstellung	Nach 5 j. Tätigkeit im Anstaltsdienst lebenslängl.	lebenslänglich	lebenslänglich
Schleswig-Holstein	2500	3000—5000 Feuerung ist nicht frei	n. 1. Oberarzt 4000—6000	6000—8000 Idiot.-Anstalt Schleswig 5500—7500	keine Zulagen	400 4 j. 5	400 4 j. 5	400 4 j. 5	1/4 j. Kündig. Keine bestimmte Aussicht auf feste Anstellung	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich

	Gehalt	Fest angestellte Ärzte			Dienstalterszulagen (wie hoch? — nach wieviel Jahren? — wie viele?)				Anstellungsbedingungen			
	Assistenzärzte	untere Stufe (Anstaltsärzte)	obere Stufe (Oberärzte)	Direktor	Assistenzärzte	Anstaltsärzte	Oberärzte	Direktor	Assistenzärzte	Anstaltsärzte	Oberärzte	Direktor
Hannover	1800—2200	3200—4800	4600—6000	6000—8000	200 1 j. 2	300 3 j.	300 3 j.	500 3 j. 4	¼ j. Kündig. Nach 3 J. Bef. z. Anstaltsarzt	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Westfalen	1800—2200	3300—5000 Feuerung und Beleuchtung nicht frei	4200—6000	5000—8600	200 1 j. 2	250 2 j. 6 200 2 j. 1	300 3 j. 6	600 3 j. 6	¼ j. Kündig. Nach 3 J. Bef. z. Anstaltsarzt	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Rheinlande	(1200 Volontärarzt) 1800—4000	2400—4000 mit Beköstig. oder statt deren 800 M. in bar	4200—6000	5000—9000	250 2 j. 2 200 2 j. 8 100 2 j. 1	200 2 j. 8	200 2 j. 9	500 2 j. 8	¼ j. Kündig. Nach 5 J. Bef. z. Anstaltsarzt	lebenslänglich	lebenslänglich	auf 12 Jahre
Reg.-Bez. Cassel	1500—2000	Abteil.-Ärzte 3000—4800 Feuerung und Beleuchtung nicht frei	3000—5800	4500—7500	250 1 j. 2	300 3 j. 6	400 3 j. 7	500 3 j. 6	¼ j. Kündig. Nach 3 J. Bef. z. Abteil.-Arzt	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Reg.-Bez. Wiesbaden	1600—2400	Oberärzte 3200—5400 abzügl. 120 M. für Feuerg. und Beleuchtung	Stellvertr. des Direktors 3600—6000	5600—8000 Feuerg. n. frei Für Bel. Abz. v. 50 M.	300 3 j. 2 200 3 j. 1	400 3 j. 4 300 3 j. 2	400 3 j. 6	600 3 j. 2 400 3 j. 3	¼ j. Kündig. Keine bestimmte Aussicht auf feste Anstellung	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Bayern Kreis Oberbayern	2280— für Beköstigg. Abzug v. ca. 620 M.	I. Assist.-Arzt 3360—	4080—	Eglfing, z. Z. 7020— Gabersee 6120—	360 3 j. 1 360 2 j. 1 180 5 j. unb.	360 5 j. 1 180 5 j. unbegrenzt	360 5 j. 3 180 5 j. unb.	360 5 j. 3 180 5 j. unb.	Nach Probezeit lebenslängliche Anstellung		lebenslänglich	lebenslänglich
Niederbayern	II. Assistenzarzt 2640— III. u. IV. Assistenzarzt 2280— Keine fr. Beköst.	Anstaltsärzte 3180—	I. Assistenzarzt (Oberarzt) 3720—	4920—	II. {180 3 j. 1, 180 2 j. 1, 180 5 j.} III. u. IV. {360 3 j. 1, 420 2 j. 1, 180 5 j.}	360 5 j. 3 180 5 j.	360 5 j. 3 180 5 j.	360 5 j. 3 180 5 j.	Auf Kündig. Nach 5 J. Anstaltsarzt	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Oberpfalz	III. und IV. Assistenzarzt 1500—	II. Assist.-Arzt 2640—	I. Assist.-Arzt (Oberarzt) 3000—	4920—	Klasse VIII d. Regulativs f. nichtpragmat. Staatsbeamte	180 3 j. 1 180 2 j. 1 180 5 j.	360 3 j. 1 180 2 j. 1 180 5 j.	360 5 j. 3 180 5 j.	nicht fest angestellt	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Mittelfranken Ansbach	Assistenzärzte 1800—	2820—	Oberarzt 3180—	4920—	nicht festges.	180 3 j. 1 180 2 j. 1 180 5 j.	360 5 j. 3 180 5 j.	360 5 j. 3 180 5 j	Nach 3 J. feste Anstellung	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich

	Gehalt				Dienstalterszulagen (wie hoch? — nach wieviel Jahren? — wie viele?				Anstellungsbedingungen			
	Assistenzärzte	Fest angestellte Ärzte untere Stufe (Anstaltsärzte)	Fest angestellte Ärzte obere Stufe (Oberärzte)	Direktor	Assistenzärzte	Anstaltsärzte	Oberärzte	Direktor	Assistenzärzte	Anstaltsärzte	Oberärzte	Direktor
Unterfranken	IV. Assistenzarzt: 2280— II. u. III. Assistenzarzt 2460— keine freie Beköstigung	I. Assistenzarzt: 2640—	Oberarzt: 3180—	4920—	wohl analog den anderen Kreisen				4 wöchentliche Kündigung	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Rheinpfalz (Klingenmünster)	Hilfsarzt: 1800—	3. Arzt: 2846—	2. Arzt (Oberarzt): 3460—	5360—	180 3j. 1 180 2j. 1 180 5j.	360 3j. 1 180 2j. 1 180 5j.	360 5j. 3 180 5j.	360 5j. 3 180 5j.	auf Kündigung	lebenslänglich nach 3jähriger Anstaltsdienstzeit	lebenslänglich	lebenslänglich
Kgr. Sachsen	2400 abzügl. 800 M. oder mehr für freie Station	2400, 2700 oder 3000 bis 6600 dazu Wohnungsgeldzuschuß 240—300 M Garkeine freien Nebenbezüge. Für Wohnung i. A. 9—13 % d. Gehalts zu zahlen		7200—9600 d. W.-Zuschuß 300 M. Garkeine fr. Nebenbez., f. W. 13—15 % des Gehalts zu zahlen.	—	Nicht bestimmt. Das Durchschnittsgehalt beträgt 4200 M.		—	auf Kündigung	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Württemberg	1870—2270 für Zwiefalten dazu 100 M. Ortszulage	—	3070—4670 daneben nur Wohnung frei. Für Garten, Feuerung, Beleuchtung ein Abzug je nach örtlichen Verhältnissen	5470—7070	200 3j. 2	—	400 3j. 4	300 3j. 4 400 3j. 1	1/4 j. Kündig. Keine best. Aussicht auf feste Anstellung	—	lebenslänglich	lebenslänglich
Baden	2000—unbestimmt	— unbestimmt—5000 Feuerung und Beleuchtung nicht frei, sondern nur Wohnung und Garten.	Oberarzt ist Titel für verdiente Ärzte	unbestimmt —6200	200 1j. 1 100 1j. unbestimmt	—	500 3j.	400 2j.	1/4 j. Kündig. Keine best. Aussicht auf feste Anstellung	—	lebenslänglich	lebenslänglich
Mecklenburg-Strelitz	1500—4000	2500—4000 freie Beköstig. od. statt ders. 600 M. in bar	—	4000—6500	1000 5j. 1 500 5j. 3		—	500 3j. 5	1/2 j. Kündig. Nach 5 Jahren Beförderung z. Anstaltsarzt	1/2 jährliche Kündigung		
Oldenburg	1800—2710	—	2830—4030 dazu fr. Station	4600—6600 Beleuchtung nicht frei	—	—	300 2j. 4	300 2j.	bis zur Anstellung nicht fest	—	bis zur Anstellung nicht fest	lebenslänglich

	Gehalt: Assistenzärzte	Gehalt: Fest angestellte Ärzte, untere Stufe (Anstaltsärzte)	Gehalt: Fest angestellte Ärzte, obere Stufe (Oberärzte)	Gehalt: Direktor	Dienstalterszulagen (wie hoch? — nach wieviel Jahren? — wie viele?): Assistenzärzte	Dienstalterszulagen: Anstaltsärzte	Dienstalterszulagen: Oberärzte	Dienstalterszulagen: Direktor	Anstellungsbedingungen: Assistenzärzte	Anstellungsbedingungen: Anstaltsärzte	Anstellungsbedingungen: Oberärzte	Anstellungsbedingungen: Direktor
Thüringen 1. Blankenhain	1800	—	3000—4500	5500	Zulagen auf besonderen Antrag	[Zulagen auf besonderen Antrag]	[Zulagen auf besonderen Antrag]	[Zulagen auf besonderen Antrag]	—	—	lebenslänglich	lebenslänglich
2. Roda	1650	—	3000— (gegenwärtig) 3800	6000— (gegenwärtig) 6600	nicht festgesetzt	—	i. Allg. 3 jährlich auf besonderen Landtagsbeschluß	[i. Allg. 3 jährlich auf besonderen Landtagsbeschluß]	auf Kündigung	—	lebenslänglich	lebenslänglich
3. Hildburghausen	1500—2100	nicht fixiert — zur Zeit: 3000 dazu fr. Station	3600—5100 Arznei nicht fr.	7000 Arznei nicht fr.	200 ½ j.	—	300 3 j. 5	—	auf Kündigung	ohne Kündigung	ohne Kündigung	ohne Kündigung
Anhalt	2700—3600 ohne freie Beköstigung	—	3000—3900	4000—6000	300 3 j. 3	—	300 2 j. 3	400 3 j. 5	¼ jährl. Kündigung. Nach 1 Jahr feste Anstellung.	—	lebenslänglich	lebenslänglich
Lippe	2000—	—	2400—2700	4500—6400	bisher: 100 1 j.	—	bisher: 100 1 j.	bisher: 100 1 j.	Von vornherein auf Kündigung; später eventuell definitiv.	[Von vornherein auf Kündigung; später eventuell definitiv.]	[Von vornherein auf Kündigung; später eventuell definitiv.]	[Von vornherein auf Kündigung; später eventuell definitiv.]
Unter-Elsaß Stephansfeld—Hördt	1800 oder höher bis	—	3500—	5000—	gewöhnlich 200 oder 300 1 j.	—	keine bestimmten Zulagen	keine bestimmten Zulagen	¼ jährl. Kündigung. Keine bestimmte Aussicht auf feste Anstellung	—	¼ jährl. Kündigung (10 Jahre lang)	auf Kündigung (10 Jahre lang)
Lothringen	2300	2750 dazu fr. Station	3500—5000	6600+900 persönliche nicht pensionsfähige Zulage	keine bestimmten Zulagen	[keine bestimmten Zulagen]	[keine bestimmten Zulagen]	[keine bestimmten Zulagen]	auf Kündigung	[auf Kündigung]	[auf Kündigung]	[auf Kündigung]
Hamburg	1900—2500 (Prosektor 3000)	5200—7000 abzügl. 750 M. für Wohnung	5600—7400 (Abzug für Wohng.) resp. 9000—11000 (abz. 1400 M. für Wohnung)	13000 (Abz. 2000 f. Wohnung)	300 1 j. 2	600 4 j. 3	600 4 j. 3	—	¼ jährliche Kündigung. Keine sichere Aussicht auf feste Anstellung.	lebenslänglich	lebenslänglich	lebenslänglich
Bremen	1200—1800	—	4500—7000	8000—10400	200 3	—	625 4	800 3	¼ jährl. Kündigung. Keine bestimmte Aussicht auf feste Anstellung	—	lebenslänglich	lebenslänglich

Hamburg (untere Stufe, obere Stufe, Direktor): nur Arznei frei

Bremen (obere Stufe, Direktor): Für Feuerung und Beleuchtung werden 5% v. Gehalt abgezogen

	Gehalt				Dienstalterszulagen (wie hoch? — nach wieviel Jahren? — wie viele?)				Anstellungsbedingungen			
	Assistenzärzte	Fest angestellte Ärzte untere Stufe (Anstaltsärzte)	Fest angestellte Ärzte obere Stufe (Oberärzte)	Direktor	Assistenzärzte	Anstaltsärzte	Oberärzte	Direktor	Assistenzärzte	Anstaltsärzte	Oberärzte	Direktor
Lübeck	2600—3500	—	4000—7500	7500—9500	300 1 j. 3	—	600 3 j. 1 580 3 j. 4 580 5 j. 1	500 3 j. 4	auf Kündigung	—	lebens-länglich	lebens-länglich
Leipzig	1800—2100	3600—4850	Erster Oberarzt: 5200—6700	nicht festgelegt, jetzt: 12000—15000	300 1 j. 1	250 3 j. 5	300 3 j. 5	600 3 j. 5	1/4 jährl. Kündigung. Keine bestimmte Aussicht auf Beförderung	1/4 jährl. Kündigung		lebens-länglic
Chemnitz	1700 oder 2000—2200	—	—	5000	300 1 j. 1 200 1 j. 1	—	—	nicht festgesetzt	1/4 jährliche Kündigung. Keine best. Aussicht auf feste Anstellung	1/4 jährliche Kündigung		
Breslau	1800—2400	—	3600—5200	6000—7500	300 3 j. 2	—	300 3 j. 4 400 3 j. 1	300 3 j. 5	1/4 jährliche Kündigung Keine best. Aussicht auf feste Anstellung	—	1/2 jährl. Kündigung	lebens-länglich
			Garten, Feuerung, Beleuchtung, Arznei nicht frei									
Frankfurt a. M. Neu-regelung	1500—1800	Sekundärarzt: 2400—3600 dazu fr. Station	II. Arzt: 6000—9000 abzgl. 1000 M f. Wohnung, Heizung, Beleuchtung	7000—10000	300 1 j. 1	600 2 j. 2	3 j.	1500 2	1/4 jährliche Kündigung			lebens-länglich

Die Tabelle wird nur für kurze Zeit Geltung behalten, da vielfach Reformen geplant werden. Bei manchen Anstalten ließen sich die Gehaltsstufen nur mit einigem Zwang in mein Schema hineinpassen. Die unter dem Höchstgehalt der Oberärzte angeführte Zahl (z. B. „+600“) bedeutet die Zulage für den Stellvertreter des Direktors. Die Bezeichnung „Nach 5 Jahren Beförderung zum . . . . . “ u. ä. sollen nur andeuten, daß bei Bewährung die Beförderung eintreten kann. Wo nichts besonderes bemerkt ist, wird bei den Gehältern der 1. Spalte (Assistenzärzte) völlig freie Station, bei den 3 anderen freie Wohnung, Beleuchtung, Feuerung, Garten und meist auch wohl Arznei gewährt; sonst ist angegeben, was noch dazu gewährt oder was nicht gewährt wird, resp. welche Abzüge gemacht werden.

Weitere Erfahrungen über Dauerbäder.

Vom Oberarzt Dr. *Dehio*, Heilanstalt Dösen.

Seitdem ich vor drei Jahren über die Einrichtung und den Betrieb der Dauerbäder und über die mit dieser Behandlungsmethode bei unruhigen Geisteskranken in der Heilanstalt Dösen gemachten Erfahrungen berichtet habe, haben wir keinen Anlaß gehabt, von den damals ausgesprochenen Grundsätzen abzugehen.

Immer sind wir bemüht, eine möglichst individualisierende Anwendung der Dauerbäder durchzuführen und sind uns immer bewußt geblieben, daß die Dauerbäder nur eine, aber nicht die einzige Behandlungsmethode unruhiger Geisteskranker sind. Ohne viel auf Einzelheiten einzugehen, möchte ich nur bemerken, daß es uns auch seither gelungen ist, über die Isolierung hinwegzukommen, und es ist mir kein Fall erinnerlich, wo auch nur der Wunsch dazu ernstlich aufgetaucht wäre. Ebenso sahen wir uns niemals gezwungen, durch mehr oder weniger festes Bedecken der Wanne den Kranken im Bade zurückhalten zu müssen. Im allgemeinen konnten wir unsere Absicht durch zielbewußt durchgeführten Wechsel zwischen Badeversuch, Bett, Einpackung und Narkotizis erreichen. Auch haben wir niemals das Bedürfnis empfunden, die Brettischchen, auf welche die badenden Kranken ihr Eßgeschirr stellen, in der Weise wie Osswald*) empfiehlt, an der Wanne festzuschrauben. — Eine wichtige Aufgabe sahen wir darin, den Kranken im Bade eine Beschäftigung und Zerstreuung zu bieten. Rauchen, Lesen, Kartenlegen, besonders aber das Bauen mit hölzernen Bausteinen wird besonders auf der Männerabteilung mit Erfolg geübt.

In technischer Beziehung ist die Anbringung eines Mischapparates zu erwähnen, welcher sich unter Einschaltung gewisser Vorsichtsmaßregeln gut bewährt hat, ohne jedoch eine Kontrolle der Temperatur des Badewassers mit dem Thermometer überflüssig zu machen. Sehr nützlich erwiesen sich mehrteilige Schirme von der halben Höhe gewöhnlicher Bettschirme, welche nach Bedarf zwischen den Wannen aufgestellt, die Kranken genügend voneinander trennen, ohne sie durch zu große Abgeschlossenheit zu reizen und zugleich dem Pfleger die Übersicht zu beschränken.

Besondere Aufmerksamkeit wurde den bei der Dauerbadbehandlung vorkommenden Infektionen gewidmet. Furunkelepidemien konnten durch Aussetzen des Badens, wenn dieses nicht angängig, durch Baden in besonderer Wanne, Desinfektion derselben, Benutzung besonderer Badewäsche und eingehende Belehrung des Pflegepersonals meist im Entstehen unterdrückt werden. Daß wir in dieser Beziehung immer Erfolg gehabt haben, möchte ich unter anderem auch dem Umstand zuschreiben, daß wir niemals in der Lage waren, gangränöse Decubitusformen im gemeinsamen Dauerbad behandeln zu müssen, da diese nach meinen früheren Erfahrungen eine besonders bösartige Infektionsquelle abgeben.

Häufiger konnte die Trichophytiasis beobachtet werden, doch gelang es immer, eine bedenkliche Ausbreitung zu verhindern und sie bald zu unterdrücken, wobei sich die Behandlung mit Lassarscher Schwefelzinkpaste gut bewährte.

Das von Küster*) nach Beobachtungen in der Freiburger Klinik beschriebene und ätiologisch erforschte Ekzem habe ich in charakteristischer Weise nicht beobachtet. Öfters dagegen konnte ich eine Hauterkrankung sehen, welche in ähnlicher Weise an der Innenfläche der Oberschenkel begann, in ihrer weiteren Entwicklung sich aber als eine nur eigentümlich lokalisierte Trichophytiasis erwies.

Wenn in allen, in den letzten Jahren über Dauerbadeeinrichtungen erschienenen Veröffentlichungen die Notwendigkeit betont wird, für ausgiebige Lüftung des Baderaumes zu sorgen und das Entstehen einer schwülen, mit Feuchtigkeit gesättigten Atmosphäre zu verhindern, worunter Kranke und Pflegepersonal gleichmäßig leiden und der Aufenthalt im Baderaum ein höchst unbehaglicher wird, so ist diese Forderung unbedingt richtig. Auch wir hatten an warmen Sommertagen, wo die künstliche Ventilation versagte und Öffnen der Fenster aus naheliegenden Gründen nur ganz vorübergehend möglich war, mit diesem Übelstand zu kämpfen.

Zum Teil aus diesem Grunde, in erster Linie jedoch von andern, später zu erörternden Gesichtspunkten ausgehend, entschloß sich Herr Ober-Med.-Rat Lehmann, statt durch künstliche Mittel frische Luft zuzuführen, die ganze Dauerbadeeinrichtung einfach in die frische Luft hinaus zu verlegen. Die Anlage der Gärten des Hauses für unruhige Kranke war für die Ausführung dieses Planes sehr günstig, auch schloß

*) Über Dauerbadeeinrichtungen größeren Stils. Psych. Neur. Wochenschrift VII, p. 165.

*) Untersuchungen über ein bei Anwendung von Dauerbädern beobachtetes Ekzem. Münch. med. Wochenschrift 1907, p. 1571.

sich dieser unseren Bestrebungen, die bettlägerigen Kranken möglichst an die frische Luft zu bringen, in natürlicher Weise an.

Im Sommer 1906 wurde der Versuch in der Weise begonnen, daß eine Anzahl in anderen Häusern entbehrlicher Wannen frei im Garten aufgestellt wurden; das Badewasser mußte freilich eimerweise zugetragen werden. Die Ergebnisse waren aber gleich so erfreulich, daß trotz dieser Schwierigkeit schon im Sommer 1906 vom Juli ab, solange es die Witterung erlaubte, im Freien gebadet wurde. Im Laufe des Frühjahrs 1907 wurde nun der Garten vollständig zu Zwecken des Dauerbades umgestaltet, vier Wannen aus Stampfbeton wurden aufgeführt, Zuleitung für

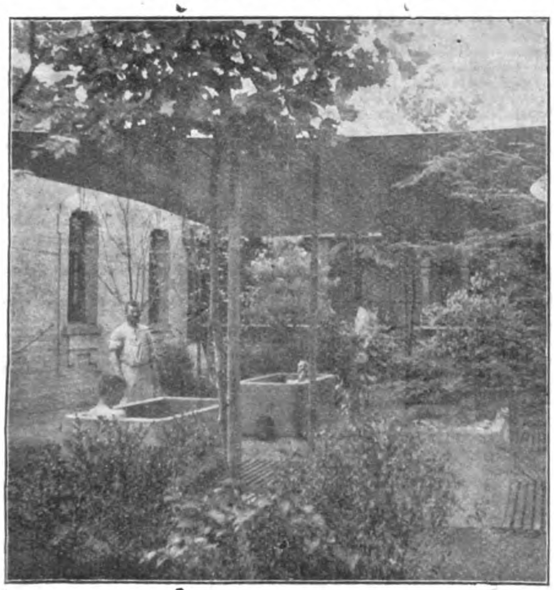


Abb. 1.

kaltes und warmes Wasser und Anschluß an die Kanalisation geschaffen, und der bis dahin nur spärlich bepflanzte Raum gärtnerisch verschönert (vergl. die Mitteilung von Ober-Med.-Rat Dr. Lehmann. Diese Wochenschrift IX, p. 136). Eine von der Liegehalle zum gemeinschaftlichen Garten durchgebrochene Flügeltür sollte für Luftbewegung sorgen, da in dem rings umschlossenen Raum an heitern und windstillen Tagen die Hitze recht groß werden konnte, und zugleich den Verkehr zwischen den Gärten vermitteln. Die Isolierzimmer ließen sich als Ankleideraum, Geräte- und Wäschezimmer, sowie zu Untersuchungszwecken gut verwerten.

Dadurch ist es jetzt möglich geworden, die Freiluftbehandlung in ausgiebigster Weise für alle unruhigen Kranken durchzuführen. Der Betrieb läßt sich ohne Schwierigkeit derart gestalten, daß im Sommer bei guter Witterung kein Kranker im Hause ist. Die nicht bettlägerigen Kranken bewegen sich in den beiden Seitengärten des Hauses, welche genügend groß sind, um auch unruhigeren Elementen den erforderlichen Spielraum zu bieten; hier werden auch die Mahlzeiten an einfachen Tischen eingenommen und eine Flechtwerkstatt sorgt für Beschäftigung. Die Bettlägerigen verteilen sich auf die beiden Wandelgänge und zwar werden die besonders Unruhigen und Überwachungsbedürftigen in der Wandelhalle des kleinen Gartens untergebracht. Da in den beiden Wandelgängen insgesamt Platz für 21 Betten ist, so können 25 Kranke von 63 im Freien einer besonderen Behandlung unterworfen werden, während die übrigen sich nach Belieben in den beiden Gärten des Hauses bewegen. Der Verkehr zwischen den drei Gärten wird durch den sog. Isolierkorridor vermittelt, an dem auch der Abtritt, Pflegerzimmer usw. liegen. Dadurch ist die Überwachung der Kranken und die gegenseitige Hilfeleistung des Pflegepersonals aufs beste gewährleistet.

Die Wirkung der ganzen Einrichtung auf das Wohlbefinden unserer Kranken übertraf ganz bedeutend die Erwartungen, welche Herr Ober-Med.-Rat Lehmann an diesen Versuch geknüpft hatte. Waren es doch viel weniger hygienische Gründe, welche ihn auf diesen Gedanken gebracht hatten, als vielmehr der Wunsch, auch den am schwersten von ihrer Krankheit betroffenen die Annehmlichkeiten und Zerstreuungen des Aufenthalts im Garten, den Anblick des freien Himmels, der Bäume und Sträucher und des sich darin abspielenden Tierlebens zu ermöglichen. Ich kann bestätigen, daß nur ganz vorübergehend Äußerungen über das Neue und Ungewöhnliche der Einrichtung zu hören waren. Gewöhnlich wurden von den Kranken bald die Annehmlichkeiten des Aufenthaltes im Freien hervorgehoben und von Genesenen habe ich wiederholt höchst anerkennende Worte über das Freiluftbad gehört. Auch das ganze Verhalten der Kranken ist ein besseres, Versuche aus der Wanne zu steigen sind viel seltener, infolge der wechselnden äußeren Eindrücke achten die Kranken viel weniger aufeinander, das Lärmen des einzelnen Kranken stört kaum seine Umgebung. Nicht gering müssen auch die hygienischen Vorteile eingeschätzt werden. Ich erwähnte schon die sehr ins Gewicht fallende Belästigung durch die schwüle Luft des Dauerbadezimmers im Sommer, welche unzweifelhaft die Erregung vieler Kranker steigert. Dieser Übelstand fällt natürlich im Freien gänzlich fort und statt seiner haben wir die anregende Wirkung der leicht bewegten und sonnendurchwärmten Gartenluft, welche eine

mächtige Steigerung des Appetits zur Folge hat. Nachteilige Folgen, wie Erkältungskrankheiten, haben wir nicht beobachtet. Doch sind einige Vor-



Abb 2.

sichtsmaßregeln zu beachten. Die Neigung zu Sonnenerythemen an den entblößten, vom Badewasser nicht bedeckten Körperteilen ist infolge der Reflexion der Sonnenstrahlen vom Wasserspiegel eine recht große, und da diese Erytheme durch heftiges Brennen und Jucken sehr lästig werden können, so muß für genügende Beschattung gesorgt werden. Die Anbringung eines Schattendaches ist daher sehr erwünscht. Auch die Betonwannen sind noch verbesserungsbedürftig. Die polierte Innenfläche wird unter der Einwirkung des Badewassers sehr bald rauh und die Gefahr des Wundscheuerns sehr groß. Es blieb freilich, wo wir bei unruhigen Kranken solches beobachten konnten, bei fingerkuppengroßen, rasch heilenden Exkoriationen.

Die Temperatur des Badewassers haben wir, ebenso wie Tintemann*) von der Göttinger Anstalt berichtet, je nach der Außentemperatur etwas höher oder niedriger als gewöhnlich genommen, doch habe ich bisher nicht den Eindruck gewonnen, als ob hierauf besonderes Gewicht gelegt zu werden braucht.

Wenn ich in dieser kurzen Mitteilung auch nichts prinzipiell Neues habe bringen können, zumal gleichzeitig mit Dösen die Göttinger Anstalt ähnliche Versuche mit demselben guten Erfolg gemacht hat, so wollte ich doch nicht unterlassen, auf unser Freiluftbad hinzuweisen. — Solange wir nicht imstande sind, auf dem Grunde einer Pathogenese der Geisteskrankheiten unsere Therapie aufzubauen, solange darf jeder Versuch, die uns anvertrauten Kranken in besserer Weise zu verpflegen, Anspruch auf Beachtung erheben.

*) Diese Wochenschrift IX, p. 162.

Referate.

— v. Krafft-Ebing: Psychopathia sexualis etc. 13. vermehrte Auflage, herausgegeben von Dr. Fuchs. Stuttgart 1907.

Gegenüber der 12. Auflage (noch vom Verf. besorgt) sind nur einige neue Beobachtungen hinzugekommen. Leider sind die neuen und so zahlreichen Untersuchungen über Homosexualität seitens Hirschfelds, v. Römers, Näckes etc. nicht berücksichtigt worden, so daß Krafft-Ebings Stellung zur Homosexualität als in manchen Punkten veraltet zu gelten hat. Er gibt zwar zu, daß die homosexuelle Empfindung nur angeboren sein kann, nie irgendwie erworben, doch nimmt er auch erworbene, richtiger gesagt, tardive Fälle von Homosexualität an, was die Neueren leugnen, ebenso, daß die Homosexualität an sich ein Degenerationszeichen sein soll, nur bei Belasteten und meist bei erblich Belasteten vorkommt, sehr oft mit allerlei psychischen und neurotischen Abnormitäten verbunden sein soll etc. Mit Recht hält Verf. aber die Homosexualität nicht für Krankheit oder gar Laster und betont die Wichtigkeit des Traumes für die Diagnose (die Ref. am meisten festlegt hat). Er will auch schwere Fälle von angeborener Homosexualität geheilt haben, was die Neueren für unmöglich halten. Auch in den übrigen Teilen berücksichtigt Verf. nicht wichtige neuere Arbeiten. Näcke.

Personalnachrichten.

— **Friedrichsberg** bei Hamburg. Der Arzt Eduard Opel ist am gestrigen Tage als Assistenzarzt in den Dienst der diesseitigen Anstalt getreten.

— Heilanstalt **Pfullingen** (Württbg.). Dr. Paul Wolf aus Dessau ist am 7. 1. 1908 als Assistenzarzt in die hiesige Anstalt eingetreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 46. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien). Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Wien. Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Znm 1. April 1908

Oberpflegerin

gesucht. Meldungen mit Zeugnissen und Gehaltsansprüchen an die Direktion der Privatheilanstalt Bergquell-Frauendorf bei Stettin.

An der Brandenburgisch. Landes-irrenanstalt in Landsberg (Warthe) ist zum 15. März d. Js. oder später die Stelle eines [1116

Assistenzarztes

zu besetzen. Neben freier Station I. Klasse beträgt das Anfangsgehalt jährlich 1800 M. u. steigt bis 2400 M.

Psychiatrische Vorbildung ist nicht erforderlich. Frühere Tätigkeit an Irrenanstalten oder Krankenhäusern kann in Anrechnung kommen. Unverheiratete Bewerber wollen ihre Gesuche mit Zeugnissen, Lebenslauf und Approbation möglichst bald einsenden an den Direktor

Sanitätsrat **Dr. Gock.**

An der Privat-Irrenpflegeanstalt der Barmherzigen Brüder zu Trier ist sofort eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Wohnung in der Anstalt.

Meldungen sind zu richten an den Vorstand.

Inserieren schafft Absatz.

Hartglasplatten

zur Verglasung von

Unruhigen- und Tobzellen,

sowie für **Beobachtungsfenster**

infolge ihrer **grossen Widerstandsfähigkeit**

unbedingt zuverlässig,

bei vielen Anstalten seit langen Jahren im Gebrauche,

liefert **unter Garantie** billigst

Curt Zieger, Hartglasfabrik, **Dresden-A. 18.**

Dr. Warda, früher I. Assistenzarzt von Herrn Geheimrat Professor Dr. Binswanger in Jena, empfiehlt seine Heilanstalt für Nervenkranke

Villa Emilia

zu **Blankenburg** im Schwarzatal (Thüringen). Die Anstalt ist durch einen schönen und zweckmäßigen Neubau vergrößert und das ganze Jahr geöffnet. 987

An der **Provinzial-Irrenanstalt Neustadt** an der Ostsee (Holstein) mit welcher eine **Poliklinik f. Nervenkrankheiten** verbunden ist, ist die Stelle eines

zweiten Hilfsarztes

zu besetzen. Gehalt 2500 Mark neben vollständig freier Station. Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion zu richten.

An der westpreußischen Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Pr. Stargard — ca. 1400 Kranke 10 Aerzte — ist eine

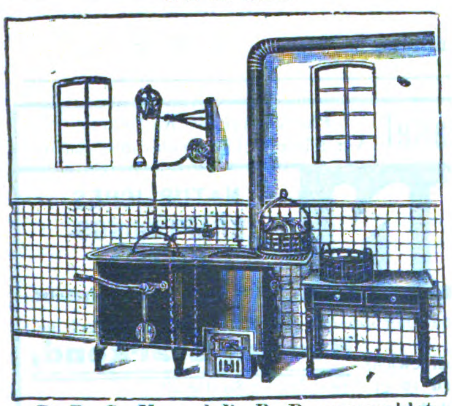
Assistenzarztstelle

zu besetzen.

Das Gehalt beträgt 2100 M. jährlich, daneben wird freie Verpflegung I. Klasse, Wohnung und Wäsche im Jahreswerte von 1125 M. gewährt. Auswärtige Dienstzeit im Staats- oder Kommunaldienste kann angerechnet werden.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnissen sind zu richten an den Direktor **Dr. Kroemer,** Geh. Med.-Rat.

Neu!



D. R. G. M. und D. R. P. angemeldet.

Geschirrspülmaschinen

für Hand- und Maschinenbetrieb.

Einfachste und betriebssicherste Maschine ohne jeden Mechanismus, trotzdem starke Wasserbewegung bei feststehendem Geschirrkorb.

Kein Schneckengetriebe an der Maschine.

Keine Wasservergeudung durch sog. Abspritzvorrichtungen.

Geringe Anschaffungskosten. Grosse Leistungsfähigkeit.

Prospekte auf Verlangen kostenlos zu Diensten.

— **Tüchtige Wiederverkäufer gesucht.** —

Rastatter Hofherdfabrik Stierlin & Vetter, Rastatt 15 (Baden).

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien)

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 46. 8. Februar 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Ärztliche Dienstverteilung an den Anstalten.

(Selbständigkeit der Ober- und Abteilungsärzte, Zuteilung und Dienstverrichtungen der Assistenzärzte usw.)*)

Von Dr. med. *Hans Wachsmuth*, II. Arzt, Frankfurt a. M.

Wenn ich über die Dienstverteilung an den Anstalten zu referieren versuche, bin ich mir bei der großen Verschiedenheit der Anstalten der Schwierigkeit meiner Aufgabe voll bewußt, möchte aber, um von Anfang an irrtümlichen Auffassungen vorzubeugen, im voraus bemerken, daß es nicht der Zweck dieser Arbeit sein soll, ohne Würdigung des historisch Gewordenen über diese oder jene Einrichtung abfällige Kritik zu üben oder darauf hinwirken zu wollen, daß eine einheitliche Schablone für alle Anstalten geschaffen werden soll.

In erster Linie war es mir darum zu tun, gewissermaßen einen Status präsens der bestehenden Dienstverhältnisse aufzunehmen, sine ira et studio. Deshalb habe ich Fragebogen aufgestellt und ich bin sehr dankbar, daß mir diese in so ergiebiger und fast vollständiger Weise beantwortet sind.

Daß die dienstlichen Verhältnisse nicht überall ideal sind, dafür ist ja der beste Beweis die Entstehungsgeschichte unserer Kommission und meines Referates.

Wir wollen zu ergründen suchen, woher der Notstand in der Besetzung der Stellen an Irrenanstalten kommt, und da ist fraglos neben der mangelhaften Bezahlung einer der wichtigsten Faktoren die Unselbständigkeit der meisten Ärzte bis ins hohe Alter hinauf. Wenn wir die Stellung eines Anstaltsarztes mit der irgend eines anderen akademischen Berufes vergleichen, so finden wir überall im Alter von 30 bis 35 Jahren schon eine weitgehende berufliche Selbständigkeit, gegen die der Psychiater in dieser Hinsicht entschieden zurücksteht. Es fragt sich nun, ob dies notwendig durch die Verhältnisse bedingt ist, oder ob nicht bei einigem guten Willen allerseits manche Erleichterungen zu schaffen sind, ohne daß die Anstalten in ihrer Wirksamkeit eine Einbuße erleiden.

In der überwiegend großen Anzahl stehen jetzt die Anstalten unter der Leitung eines ärztlichen Direktors, welcher zugleich oberster Verwaltungsbeamter ist. In den 104 Anstalten, welche in der Tabelle angeführt sind, ist die Verwaltung koordiniert neunmal, in allen übrigen Fällen subordiniert. In einer Anstalt (Hohenasperg), welche eine Abteilung des Zuchthauses Ludwigsburg ist, ist der leitende Arzt der Irrenabteilung angestellter Beamter des Zuchthauses. Seine Haupttätigkeit ist die Behandlung der Geisteskranken, die während des Strafvollzuges erkrankt sind. In ärztlicher Hinsicht ist er selbständig, im übrigen ist der Zuchthausvorstand Vorstand der Irrenabteilung (in Disziplinarangelegenheiten, Anstellung und Entlassung des Personals usw.). In einer anderen Anstalt (Hadamar) beruht die Koordination der Verwaltung darauf, daß die Anstalt eine Korrigendenanstalt ist, die provisorisch für die Aufnahme von Geisteskranken hergerichtet ist und späterhin, wenn die neuerbaute Anstalt Herborn fertig ist, wieder ihrer früheren Bestimmung gemäß, benutzt werden soll. Aus einer süddeutschen Anstalt wird mitgeteilt, daß die Verwaltung zwar bestimmungsgemäß subordiniert ist, in Wirklichkeit aber sich ziemlich von der ärztlichen Leitung emanzipiert hat. Ich glaube nicht, daß sich bei einem solchen Regime die Kranken und Beamten sehr wohl fühlen werden. Da der Direktor strafrechtlich für alles, was in der Anstalt geschieht und nicht geschieht, in erster Linie verantwortlich gemacht wird, ist es selbstverständlich, daß er auf alles, was in der Anstalt geschieht, einen dominierenden Einfluß ausüben will und ausüben muß; da dies aber bei größeren Anstalten weit über das Menschenmögliche hinausgeht, so gibt er von seinen Funktionen ab, d. h. die unter ihm stehenden Ärzte werden mehr oder weniger selbständig werden de facto, aber nicht de jure. Das Maß der Selbständigkeit hängt von persönlichen und anderen in der Natur der Anstalten begründeten Ver-

*) Referat, gehalten am 3. Januar 1908 zu Berlin in der Kommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie zur Wahrung der Standesinteressen.

hältnissen ab. Es ist aber dann diese Selbständigkeit der unter dem Direktor stehenden Ärzte juristisch sehr angreifbar und wird erst dann auf festen Füßen stehen, wenn durch Bestimmungen klar ausgedrückt wird, daß dieser Selbständigkeit entsprechend eine gleich große, strafrechtliche, zivilrechtliche, verwaltungsrechtliche Verantwortlichkeit geschaffen wird, dann erst wird es einem Direktor möglich sein, mit ruhigem Herzen Teile seiner Verantwortlichkeit auch de jure zu übertragen. Es kommen bei der Leitung einer Irrenanstalt außer dieser rein äußerlichen Verantwortlichkeit aber noch zahlreiche Inponderabilien hinzu, die nicht außer Acht gelassen werden dürfen; so ist der Ruf der Anstalt mit dem Namen und der Ehre des Leiters viel enger verknüpft wie mit dem irgend eines anderen an derselben Anstalt tätigen Arztes.

Daß der Direktor von seinen verwaltungsrechtlichen Befugnissen etwas abgibt, würde meines Erachtens ein Rückschritt sein, nachdem erst zum Teil nach großen Kämpfen das Prinzip durchgefochten ist, daß der Direktor oberster Verwaltungsbeamter sein muß.

Am zweckmäßigsten würde sich die Frage der ärztlichen Selbständigkeit dadurch regeln, daß man möglichst Anstalten baut, die noch gerade ein Arzt übersehen kann. Ich halte es nicht über das Ziel hinausgegangen, wenn man bei Projekten über Neubauten von Anstalten dieses Moment mit in die Wagschale wirft zu Gunsten kleinerer Anstalten, denn die Frage nach einem berufsfreudigen ärztlichen Ersatz ist für eine Neugründung ebenso lebenswichtig, wie die nach der Bauart einer Anstalt. Es ist viel leichter, selbständige Arztstellen zu schaffen an zwei Anstalten zu 400 Kranken als an einer Anstalt zu 800, daß diese kleinen Anstalten nicht teurer sind, ist von maßgebenderer anderer Seite wiederholt betont worden.

Was nun den inneren Dienst anlangt, so liegt es auf der Hand, daß bei Verlegungen von einer Abteilung zur anderen aus Gründen der Disziplin eine höhere Instanz vorhanden sein muß, welche das letzte Wort spricht. Im Dienste der Abteilung selbst sollte man aber dem Abteilungsarzt Freiheit der Ordination lassen, so daß der Direktor im wesentlichen nur konsultativ mitwirkt. Es wird nach lokalen und persönlichen Verhältnissen verschieden sein, wann einem Arzt eine Abteilung anvertraut werden darf, es mag auch Ärzte geben, die alt und grau werden können, ohne daß sie fähig sind, eine Abteilung zu leiten. Dies sind jedoch wohl Ausnahmen, im allgemeinen wird man annehmen dürfen, daß wenn jemand drei Jahre in der Psychiatrie und dann noch nicht in der Lage ist, eine selbständige Abteilung zu führen, er sich überhaupt nicht zum Psychiater eignet.

Ein Punkt, der hier und da Veranlassung ist, daß mancher Assistenzarzt nach einiger Zeit der Psychiatrie den Rücken kehrt, ist das System der Konsignierung der Ärzte, welches bei diesen das manchmal erbitternde Gefühl hervorruft, unnötigerweise in der Anstalt bleiben zu müssen, ohne daß eine dringliche Veranlassung für diese Beschränkung der persönlichen Freiheit einzusehen ist. Dem gegenüber garantiert die Einrichtung des Tagesdienstes dem einzelnen ein viel größeres Maß von Freibeweglichkeit. Von den 104 in der Tabelle angeführten Anstalten besteht ein Tagesdienst an 88 Anstalten; an weiteren vier Anstalten ist wenigstens Sonntags ein Tagesdienst eingerichtet. Gemeinsame Visiten werden in 68 von den 104 Anstalten gemacht. Es scheint das Prinzip der gemeinsamen Visiten nicht mehr so allgemein zu sein wie in früheren Zeiten, wenigstens ist das der Eindruck, den ich beim Durchlesen der Fragebogen und nach meiner persönlichen Erfahrung habe. Die Entlassung der Kranken geschieht fast durchweg durch den Direktor. Ich glaube auch, solange den Direktor allein die Verantwortung dafür trifft, darf auch daran nichts geändert werden.

In einigen Anstalten ist der Modus der Anstellung des Personals der, daß der Oberarzt der betreffenden Abteilung das Vorschlagsrecht hat und der Direktor die definitive Anstellung vollzieht, die Entlassung geschieht durch den Direktor. Von einer völligen Selbständigkeit der Oberärzte resp. Abteilungsärzte würde erst dann die Rede sein, wenn sie eine klar festgelegte Verantwortung nach jeder Richtung haben, wenn sie das Personal auf ihren Abteilungen selbst anstellen, selbst erziehen, selbst entlassen, wenn sie in ihrer ärztlichen Ordination unbeschränkt sind und unter eigner Verantwortung die Entlassung der Patienten vollziehen.

Ob dies überall praktisch durchzuführen oder nur wünschenswert wäre, ist eine andere Frage, ich glaube kaum, schon aus dem einfachen Grunde, weil in vielen Anstalten nicht einmal der Direktor das Recht der Aufnahme und Entlassung der Kranken und die Befugnis über Anstellung und Entlassung des Personals hat, sondern die vorgesetzte Behörde. Es soll dieses Referat ja auch nicht, wie anfangs erwähnt ist, eine Schablone empfehlen, sondern nur zum Nachdenken darüber anregen, wie wir die Stellung der Anstaltsärzte heben könnten, wie wir die Ärzte zur Psychiatrie heranziehen wollen.

Ein Grund, der wohl manchem auch den Beruf verleiden mag, ist die chronische Überfüllung der

Anstalten, zumal wenn sich die verbrecherischen Elemente häufen, und die sich daraus ergebenden dienstlichen Schwierigkeiten, die den Aufenthalt in einzelnen Abteilungen für Kranke und Personal zu einem außerordentlich unbehaglichen, ja gefährlichen machen, die den Begriff jeglicher Verantwortung und Verantwortlichkeit illusorisch machen, wenn wir vom Personal Leistungen verlangen und verlangen müssen, von denen wir genau wissen, daß sie garnicht zu rechtfertigen sind. Das schafft eine innere Disharmonie und Überreiztheit, die der ältere Arzt wohl nicht mehr in dem Maße bewußt empfindet, wie der jüngere, die aber trotzdem dauernd wirksam ist.

Darüber bin ich mir keinen Augenblick im Zweifel, daß durch alle diese Vorschläge zur Hebung des Standes und des Standesbewußtseins weniger zu erreichen ist, als durch eine unserem akademischen Stande entsprechende Erhöhung der Gehälter. So materiell es klingen mag, so gewiß ist es, wenn die Gehaltsbezüge erstmal in gehöriger Weise reguliert sein werden, wird dies dem Standesgefühle des Einzelnen und dem des ganzen Standes zugute kommen.

In den meisten akademischen Berufen steht die Familie außerhalb des Wirkungskreises des Mannes, oder wenigstens längst nicht in dem Maße im Berufe des Mannes, wie es beim Psychiater der Fall ist, der aus humanitären Gründen seine Familie in das Anstaltsleben hineinzieht. Dies mag manch einem auch nicht behagen und er zieht es deshalb vor, ganz dem Anstaltsleben den Rücken zu kehren oder überhaupt auf die Gründung einer Familie zu verzichten. Oder aber es machen ihm die finanziellen Verhältnisse unmöglich zu heiraten, trotzdem er in einer „verheirateten" Stelle ist, die aber nicht so dotiert ist, daß er mit gutem Gewissen heiraten kann. Nach der von mir aufgestellten Tabelle sind an den 104 Anstalten:

Arztstellen: 636,
Stellen für verheiratete Ärzte: 320,
Verheiratete Ärzte: 222, davon haben drei geheiratet in nicht „verheirateten Stellen".
Unbesetzte Stellen: 65.

Ich will nicht behaupten, daß dieses Mißverhältnis einzig und allein in dem sozialen Notstand begründet ist, aber sicherlich ist dieser einer der wichtigsten Faktoren. —

Die Handhabung der Korrespondenz ist in den Anstalten sehr verschieden, meistens werden die Abteilungsvorstände mit der Konzipierung der Korrespondenz betraut, die dann der Direktor unterschreibt.

Es ist angeregt worden, daß die Abteilungsärzte ihre Korrespondenz selbständig führen und im Auftrag des Direktors (I. A.) unterzeichnen. Natürlich müßte dann ein Modus gefunden werden, der sämtliche Ein- und Ausgänge sämtlichen interessierten Ärzten zugänglich macht.

In Nr. 17 der Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift befindet sich ein Artikel des Potsdamer Oberarztes Dr. Hopf, welcher unter anderem folgende Punkte zur Sprache bringt, die hier nicht übergangen werden dürfen: Die vorhandene Neigung einer Reihe von Direktoren, wichtige Sachen bloß und unter Übergehung der Ärzte mit dem Oberpflegepersonal zu erledigen Es ist wohl dies der heikelste Punkt in der ganzen Selbständigkeit, der geeignet sein könnte, ein gemeinsames Zusammenwirken unter Umständen scheitern zu lassen, aber diskutiert muß er trotzdem werden.

Wenn ein Stand seine Interessen gemeinsam vertreten will, ist dies ohne gegenseitige Konzessionen und gegenseitigen guten Willen nicht möglich. Wenn die Anstaltsärzte selbständiger werden wollen, so ist dies ohne Konzessionen der Direktoren unmöglich, andererseits darf nicht außer Acht gelassen werden, daß die Anstaltsleiter ebenso ihr Recht auf Selbständigkeit wahren müssen, wie die ihnen dienstlich unterstellten Ärzte. Es gibt ungeschriebene Gesetze, die man nicht gut formulieren kann, sondern die Sache des Standesgefühles sind.

Es muß ohne weiteres zugegeben werden, daß es bei einem Dienst, in welchem sich die Geschäfte außerordentlich häufen, für den Leiter einer Anstalt ein großer Hemmschuh wäre, wenn er ängstlich darauf bedacht sein müßte, bei jeder Maßregel auch immer die Instanzen einzuhalten, auf der anderen Seite liegt es aber auch auf der Hand, daß eine geflissentliche gewohnheitsgemäße Außerachtlassung der ärztlichen Instanzen als eine Kränkung empfunden werden muß, die der Leiter einer Anstalt schon im Interesse des ärztlichen Ansehens vermeiden muß und vermeiden kann.

Sind im Verkehr der praktischen Ärzte im Laufe der Jahre durch die Standesbestrebungen und Standesvereinigungen strengere Grundsätze geschaffen worden, so kann es nicht ausbleiben, daß sich diese Anschauungen auch in den Kreisen der Anstaltsärzte bemerkbar machen. Eine weitere Konsequenz des erwachenden Standesbewußtseins wird der Ruf nach einer Instanz sein, die dauernd über der Wahrung des Standesbewußtseins wacht, einer Art Ehrengericht.

Ohne Zweifel ein sehr berechtigter Wunsch des Hopfschen Referats ist auch der, daß die Ärztewohnungen so angelegt werden müssen, daß sie vom Anstaltslärm möglichst verschont bleiben.

Die Gutachten werden in den meisten Anstalten von den Ärzten, die die Patienten in Behandlung

haben, verfaßt. Von einer Seite ist die Klage laut geworden, daß die Ärzte zu wenig Gutachten bekämen, weil diese meist der Direktor für sich in Anspruch nehmen müsse, da er wegen seines geringen Gehaltes auf die Einnahmen aus den Gutachten angewiesen sei, welche einen integrierenden Bestandteil seiner Einnahme ausmachen; es wurde vorgeschlagen, daß dem betr. Direktor aus Staatsmitteln dafür eine Entschädigungssumme gegeben werden sollte. Meiner Ansicht ist dies nicht der richtige Weg, sondern das Gehalt des Direktors muß so hoch bemessen werden, daß er es mit ansehen kann, wenn die anderen Ärzte der Anstalt auch Gutachten zu bearbeiten haben. (Psychiatr.-Neurolog. Wochenschr. Nr. 19.)

Aus Württemberg wird uns aus einer Anstalt berichtet: „Privatpraxis für die Anstaltsärzte verboten. Dem Direktor ist Konsiliarpraxis gestattet, dazu ist aber weder Zeit noch Gelegenheit. Nebeneinnahmen nur durch gerichtliche Gutachten, die ganz mäßig honoriert werden. Invalidengutachten sind selten. Ärztliche Zeugnisse und größere Gutachten müssen sonst in der Regel kostenfrei ausgestellt werden. Verwahrung gegen dieses Verlangen bei der vorgesetzten Behörde war erfolglos."

Es wäre wohl jetzt an der Zeit, bei der Neuordnung der gerichtlichen Gebühren die geringe Honorierung der Sachverständigentätigkeit an maßgebender Stelle in möglichst maßgebender Weise zur Sprache zu bringen, damit endlich einmal unsere Arbeit bei Gericht in einer unserem Stande würdigen Weise bezahlt wird.

Referatstunden sind in den Anstalten früher häufiger gewesen, jetzt bestehen sie nur noch in einigen wenigen; motiviert wird das Eingehen dieser Einrichtung meist durch die außerordentlich ungünstigen dienstlichen Verhältnisse, Überfüllung, Mangel an ärztlichem Personal.

Pflegerunterricht wird jetzt fast an allen Anstalten erteilt.

Aus Bayern geht mir in letzter Stunde ein Schreiben zu, in welchem folgende dringende Wünsche formuliert werden:

1. Möglichste Gleichstellung aller Oberärzte in Bezug auf Gehalt, wenn nicht im ganzen Deutschen Reiche, so doch in ein und demselben Bundesstaat.

2. Für den Oberarzt, welcher Direktorstellvertreter ist, statt der bisherigen 4 Wochen 5 Wochen Urlaub, aber auch sonst im Jahre sollten die Ober- und Abteilungsärzte dann und wann ein paar Tage „Direktorialurlaub" (weil ihn der Direktor erteilt) haben, den sie nicht erst als besondere Gnade zu erbetteln hätten, sondern der ihnen in irgend einer konzilianten Form bewilligt werden müßte.

3. Befreiung des Oberarztes, der den Direktor vertritt — Notfälle ausgenommen — vom Abteilungsdienst. Statt dessen Informations- resp. Kontrollvisiten auf den Abteilungen. Wie aus diesen Forderungen, die noch genauer motiviert werden, hervorgeht, scheinen in Bayern die Verhältnisse noch recht ungünstig zu sein.

Bestimmungen über die Konfession der Stelleninhaber bestehen an den meisten Anstalten nicht. Bekannt ist ja, daß in Westfalen die Anstalten konfessionelle Trennung haben und daß demnach auch bei der Besetzung der Stellen die Konfession in Frage kommt.

In Mecklenburg besteht die Bestimmung, daß die Direktoren evangelisch-lutherischer Konfession sein müssen.

Für die Besetzung der Direktorstelle der Universitätsklinik Halle ist Bedingung Zugehörigkeit zum evangelischen Bekenntnis; Ausnahmen bedürfen der Genehmigung des Ministeriums.

Weibliche Ärzte finden bisher keine rechte Verwendung in den Anstalten, es heißt sehr oft: „Wenn sich welche melden würden, würden sie genommen, aber es liegen keine Meldungen vor". Ein Anstaltsdirektor schreibt uns, er würde keine Bedenken haben, einen weiblichen Arzt anzustellen, wenn eine Meldung vorläge, aber die Kollegen würden es ungern sehen.

Medizinalpraktikanten werden nur in sehr geringem Maße im Dienste der Anstalten verwandt, so daß sie rechnerisch nicht in Betracht kommen.

Fast anallen Anstalten besteht der Gebrauch, daß, soweit es angängig ist, sämtliche Leichen seziert werden.

Fonds für wissenschaftliche Arbeiten und Gelegenheit dazu sind an den meisten Anstalten ausreichend vorhanden, durchgehend wird geklagt, daß es vorwiegend an Zeit zu diesen Arbeiten fehlt.

Hoffen wir, daß bald wieder die Zeit kommt, wo das reiche und interessante Material unsrer Irrenanstalten in einer für die Wissenschaft fruchtbaren und für die Praxis segenbringenden Weise Verarbeitung findet.

Name der Anstalt	Bestand	Aufnahmen	Aerzte (einschl. Direktor)	Verheiratete Arztstellen	Verheiratete Aerzte	Differenz	Unbesetzte Stellen	Verwaltung
Allenberg	875	360	7	6	3	3	—	sub
Alt-Scherbitz	1127	326	11	6	5	1	1	„
Andernach	500	300	5	4	2	2	—	„
Ansbach	500	180	5	4	4	—	1	„
Aplerbeck	640	180	5	4	3	1	—	„
Bamberg	113	80	2	1	1	—	—	co
			35	25	18	7	2	

Name der Anstalt	Bestand	Aufnahmen	Aerzte (einschl. Direktor)	Verheiratete Arztstellen	Verheiratete Aerzte	Differenz	Unbesetzte Stellen	Verwaltung
Übertrag:			35	25	18	7	2	
Bernburg	388	100	3	3	2	1	—	sub
Bonn	750	600	8	5	2	3	—	„
Bremen	435	356	5	2	1	1	1	„
Breslau	170	1000	5	2	1	1	—	„
Brieg	500	134	4	2	1	1	—	„
Bunzlau	670	100	5	2	1	1	—	„
Colditz	600	45	5	3	3	—	—	„
Conradstein	1400	400	10	4	3	1	1	„
Dalldorf	1339	2023	14	3	4	—1	—	„
Deggendorf	660	200	6	3	3	—	1	„
Dösen	1000	450	7	4	4	—	—	„
Dresden	?636	1371	12	5	1	4	—	co
Düren	698	200	7	5	5	—	—	sub
Dziekanka	680	180	6	3	2	1	2	„
Eberstadt	287	108	1	1	—	1	—	„
Eberswalde	990	320	10	6	3	3	—	„
Eichberg	770	220	7	4	3	1	1	„
Eglfing	1070	600	10	5	1	4	—	„
Erlangen	748	240	7	2	2	—	—	„
Frankenthal	880	360	5	1	—	1	1	„
Frankfurt a. M.	470	1500	8	2	2	—	1	„
Freiburg	140	700	6	0	—	—	—	„
Gabersee	750	200	6	3	3	—	—	„
Galkhausen	837	515	8	5	3	2	1	„
Gehlsheim	332	273	6	3	1	2	—	„
Gießen	70	341	5	1	2	—1	1	„
Görlitz	60	2	1	1	1	—	—	„
Göttingen	450	300	9	4	2	2	—	co
Grafenberg	843	700	9	5	3	2	1	sub
Großschweidnitz	500	156	6	6	5	1	—	„
Hadamar	96	20	1	1	1	—		co
Haina	830	106	4	2	1	1	1	sub
Halle	130	883	8	?	?	?	1	„
Hamburg	1380	900	13	3	2	1	1	„
Heppenheim	468	200	5	3	3	—	1	„
Herzberge	1200	2750	15	4	3	1	—	„
Hildesheim	700	250	6	4	4	—	1	„
Hofheim	1425	413	11	7	3	4	1	„
Hohenasperg	25	12	1	?	?	?	—	—
Hubertusburg	1463	180	13	12	12	—	1	sub
Jena	230	1000	6	—	—	—	1	„
Jerichow	400	34	3	2	1	1	—	„
Johannisthal	841	446	7	5	1	4	1	„
Karthaus-Brüll	670	220	5	2	2		—	„
Kaufbeuren	600	323	5	3	3	—	—	„
Königslutter	663	150	6	3	1	2	2	„
Kortau	1080	450	7	6	5	1	1	„
Kosten	724	150	5	2	1	1	1	„
Kreuzburg	655	105	5	2	—	2	3	„
Lauenburg	684	180	8	3	3	—	1	„
Lengerich	605	115	5	4	2	2	—	„
			357	188	130	60 —2	30	

Name der Anstalt	Bestand	Aufnahmen	Aerzte (einschl. Direktor)	Verheiratete Arztstellen	Verheiratete Aerzte	Differenz	Unbesetzte Stellen	Verwaltung
Übertrag:			375	188	130	60 —2	30	
Leubus	670	Uebergang	10	4	2	2	5	sub
Lübeck	234	80	3	2	1	1	—	„
Lüben	661	548	7	5	4	1	1	„
Marburg	273	372	7	4	2	2	2	„
Merxhausen	740	100	4	4	4	—	—	„
Merzig	720	300	6	4	3	1	1	„
München	120	1946	12	2	2	—	4	„
Münster	656	150	5	2	—	2	1	„
Niedermarsberg	560	150	5	4	2	2	—	„
Neustadt (Holstein)	866	120	6	3	2	1	1	
Neustadt (Westpr.)	510	100	4	2	2	—	—	„
Neuruppin	1680	480	12	6	5	1	1	„
Nietleben	820	236	7	4	3	1	1	„
Obrawalde	700	120	5	3	1	2	1	„
Osnabrück	423	162	4	2	2	—	—	„
Plagwitz	639	110	5	3	2	1	1	„
Plauen	46	250	2	—	—	—	1	co
Potsdam (Idiotenanstalt)	950	196	6	4	3	1	—	sub
Potsdam (Krankenhaus)	180	250	5	1	1	—	--	co
Pinneberg	70	18	1	—	—	—	—	„
Roda	475	165	3	2	1	1	—	sub
Rufach	650	200	[6]	[3]	Anstalt befindet sich im Bau			
Rybnik	800	120	6	2	2	—	—	sub
Sachsenberg	580	150	5	2	1	1	1	„
Schleswig	1045	382	7	4	1	3	—	„
Schussenried	497	140	5	2	1	1	2	„
Schwetz	496	80	4	4	2	2	—	„
Sorau	783	214	7	?	[4]	?	1	„
Strelitz	185	50	2	2	1	1	—	„
Stephansfeld	1600	500	8	5	5	—	1	„
Sudenburg	348	3980	12	3	3	—	—	?
Treptow	607	200	6	4	3	1	1	sub
Tübingen	100	600	8	1	2	—1	—	„
Uchtspringe	1396	462	13	8	6	2	2	„
Ueckermünde	670	180	6	3	3	—	1	„
Klein-Wachau	100	10	1	im Nebenamte vom Arzt versorgt				
Warstein	860	450	7	5	3	2	—	sub
Weilmünster	917	200	7	4	3	1	—	„
Weinsberg	538	250	6	3	1	2	1	„
Weißenau	525	130	5	3	2	1	—	„
Werneck	865	?202	6	4	3	1	1	„
Wiesloch	442	223	4	2	1	1	1	„
Winnenthal	406	107	5	3	2	1	2	„
Wittstock	330	?	1	?1	?1	?	—	co
Zwiefalten	530	100	6	3	1	2	1	sub
Zschadraß	552	140	5	3	3	—	—	„
Summa:			636	320	222	101 —3	65	

Erläuterungen zur Tabelle.

Es hatte seine große Schwierigkeit, bei der Verschiedenheit der Anstalten alle über einen Kamm zu scheren, und doch mußte der Versuch gemacht werden. Auf die individuellen Besonderheiten konnte nicht näher eingegangen werden, um die Arbeit nicht zu unübersichtlich zu machen, und ich glaube auch, daß die Vergleichung der Zahlen über Bestand und Aufnahmen mit einiger Sicherheit auf die besonderen Verhältnisse der Anstalten schließen läßt, die zum großen Teil auch als bekannt vorausgesetzt werden dürfen. Die Details finden sich ja in Laehrs Buch über die Anstalten des deutschen Sprachgebietes, nach welchem ich mich auch bei der Versendung der Fragebogen gerichtet habe. Wenn ich dabei nicht absolute Vollständigkeit erzielt habe, so liegt das nicht an mir. Einige Anstaltsleiter schrieben mir, mein Fragebogen passe nicht auf ihre Verhältnisse, eine Antwort, die mir nicht unerwartet kam, die man aber mit in den Kauf nehmen muß. Ich habe auch an einige nicht deutsche Anstalten des deutschen Sprachgebietes geschrieben, aber nachher das Material gesichtet, weil wesentlich neue Gesichtspunkte dabei nicht gewonnen wurden, und mich auf die deutschen Anstalten beschränkt.

Einige Zahlen, die mir nicht mitgeteilt wurden, habe ich nach Laehr ergänzt.

Sollten bei der Aufstellung der Tabelle Unrichtigkeiten untergelaufen sein, so bitte ich um Mitteilung, ich werde für Berichtigung sorgen. Auch bin ich für jede weitere Ergänzung dankbar und werde sie erforderlichen Falles in einem Nachtrag verwerten.

Wir haben in der Kommission schnell arbeiten müssen, um schnell Material zur Hand zu geben.

Viele Fragebogen sind mir in ausführlicherer Weise beantwortet, als ich Fragen gestellt habe, ich nehme das als Beweis dafür, daß das Bedürfnis, alle diese Dinge einmal zur Besprechung zu bringen, vorhanden war, und ich bedaure lebhaft, so sonderbar es klingen mag, nicht noch einige Fragen mehr gestellt zu haben, vor allem die nach der Überfüllung in jeder einzelnen Anstalt gegenüber der etatsmäßigen Belegung. Da die mir darüber zugegangenen Mitteilungen nicht für alle Anstalten mehr festzustellen waren, konnte ich sie leider in der Tabelle nicht zum Ausdruck bringen.

Wo bei den Beantwortungen zwei Zahlen beim Bestand oder den Aufnahmen angegeben waren, habe ich die niedrigste genommen, um jeden tendenziösen Anstrich zu vermeiden.

Die Stellungen der Volontärärzte habe ich nicht von denen der Assistenzärzte getrennt, weil die Funktionen der Volontärärzte fast überall denen der Assistenzärzte gleichen und die Stellung der Volontärärzte an den Anstalten nicht einheitlich geregelt ist. Formell wäre wohl eine Trennung möglich gewesen, aber nicht materiell.

Die Minusdifferenz bei der Subtraktion der Zahl der verheirateten Ärzte von der Zahl der Stellen für verheiratete Ärzte bedeutet, daß mehr Ärzte verheiratet sind, als „verheiratete Ärztestellen" vorhanden sind. Ich zähle diese Differenz in unserer Tabelle nur dreimal. Es wäre nur zu wünschen, daß diese Differenz bei einer späteren Zusammenstellung häufiger auftauchte.

Zum Schluß muß ich noch darauf aufmerksam machen, daß bei der Summierung der einzelnen Kolumnen der Tabelle einige Inkoncinnitäten dadurch entstehen müssen, weil mehrere Lücken durch Fragezeichen ersetzt sind, die dadurch zu erklären sind, daß ich einige Mitteilungen nicht genau verstanden habe, daß mehrere Anstalten im Bau begriffen sind und andere sich in einem Übergangsstadium befinden, sodaß keine exakten Vergleichswerte zu konstruieren waren.

Es sei mir noch gestattet, mit einigen Worten die Brücke zu schlagen zu dem Referat unseres Kommissionsmitgliedes Müller.

Die ärztliche Tätigkeit soll kein Geschäft sein, sondern ein Beruf, vor allem wir Psychiater müssen den Beruf in uns fühlen zum Arzt, um die Widerstandsfähigkeit zu behalten im Kampfe gegen die Vorurteile, die gegen uns und unsere Schützlinge in Laienkreisen noch immer vorhanden sind, aber die Erlaubnis müssen wir haben, zumal wenn wir uns fragen, ob unsere Bestrebungen nach sozialer Besserstellung zu rechtfertigen sind, einmal nachzudenken, wie groß rechnerisch Leistung und Gegenleistung ist.

Unsere Wirksamkeit, unsere Tätigkeit ist die eines öffentlichen Beamten, wir haben die Pflichten der Beamten, aber die Rechte der Beamten fehlen uns noch vielfach. Um nur ein Beispiel herauszugreifen, ich halte es für sehr zweifelhaft, ob überall derjenige, der einen Psychiater beleidigt, wegen Beamtenbeleidigung verurteilt wird.

Unsere Ausbildung ist unter den akademischen Berufen die teuerste, wenn man bedenkt die Länge und die Kostspieligkeit des Studiums, zumal nach Einführung des Praktikantenjahrs, die Abgaben, welche durch das Staatsexamen und das Doktorexamen erwachsen, und wenn der Wunsch der Kommission in

Erfüllung geht, daß die Oberärzte das Kreisarztexamen absolvieren sollen, die Ausgaben des Kreisarztexamens selbst. Jeder, der das Kreisarztexamen in neuerer Zeit absolviert hat, weiß, wie kostspielig die Vorbereitung auf dieses Examen heute ist. Und wie groß ist die Gegenleistung?

Darüber werden wir authentische Angaben in dem Referat des Kollegen Müller finden, welche zusammen mit den Zahlen meiner Tabelle ein Bild der jetzigen Verhältnisse geben mögen.

Ich schließe mit den Worten Alts:

Videant consules!

Mitteilungen.

— **Gesellschaft deutscher Nervenärzte**. Erste Jahresversammlung in Dresden, am 14. und 15. September 1907. (Schluß.)

21. Herr Erben, Wien: Beobachtungen bei ataktischen Tabikern. Für das Aufrechtstehen sind die Wahrnehmungen an der Fußsohle wesentlicher als der Vestibularapparat. Beim aufrechten Stehen gibt es immer Neigungen, da unsere Körpermasse im labilen Gleichgewicht eingestellt ist. Die Sohlensensibilität gibt Nachricht über die ersten Anfänge einer solchen Neigung. Beim ataktischen Tabiker reicht diese oft nicht aus, selbst wenn er mit beiden Sohlen voll aufsteht; einmal empfinden sie weniger und dann sind seine Schwankungen größer als beim Normalen. Letzteres hat seinen Grund darin, daß beim Tabiker noch Spontanbewegungen in den Gelenken der Beine auftreten, die ihrerseits eine Folge der Gelenk- und Muskelanästhesie sind. Die Muskeln können ohne die „tiefe Sensibilität" keine isometrischen Kontraktionen mehr ausführen.

Vortr. zerlegt die Erscheinung der Ataxie beim Stehen in zwei Komponenten, die Gelenksunruhe und die durch sie erzeugten Körperschwankungen. Beim Rombergschen Versuche werden die Schwankungen oft sofort unterdrückt, wenn der Kranke nur mit dem Finger einen festen Punkt berührt, obwohl die Gelenkunruhe bleibt. Es wird hierdurch von der Ataxie die eine Komponente beseitigt. Der tastende Finger wirkt nur auf die Neigungen des Körperschwerpunktes ein, ebenso wie die Augen, während die Fußsohlen nur als Perzeptionsorgane für die Schwankungen der Schwerlinie beim Stehen wirken.

Spontanbewegungen in den Muskeln der Tabiker treten nur auf in der Innervationsbreite zwischen maximaler und keiner Kontraktion (Versuch beim sitzenden Tabiker, der den Unterschenkel hebt). Kraftvolle Bewegungen sind imstande, die Gelenksunruhe zu korrigieren, die Gleichgewichtsschwankungen werden dagegen in erster Linie durch Verfeinerung der Fußsohlenempfindung korrigiert. Beim Rombergschen Versuch ist die Unruhe im Knie geringer als in den Hüft- und Sprunggelenken, weil bei maximaler Kniestreckung im Stehen der Körper ohne Anspannung des Quadrizeps feststeht. Nur wenn durch Unruhe der Sprunggelenke die Schwerlinie hinter die Kniegelenksachse gerät, spannt sich der Quadrizeps reflektorisch an, woran sich zugleich ataktische Unruhe des Knies knüpft Aus dieser Beobachtung erklärt sich die instinktiv vom Tabiker bevorzugte Hyperextension der Knie im Stehen.

Diskussion.

Herr Lilienstein hat durch Einlegen von unebenen Gummieinlagen in die Schuhe eine Unterstützung für die herabgesetzte Sohlensensibilität gegeben und dadurch eine Verminderung des Rombergschen Symptoms und eine Verbesserung des Ganges bewirkt.

22. Herr Flatau, Berlin: Über das Fehlen des Achillessehnenphänomens. Das Fehlen des Achillesphänomens hat neuerdings an Bedeutung gewonnen. Es gilt heute bei Gesunden für ebenso konstant auslösbar wie das Kniephänomen. Die eigenen Untersuchungen des Verfassers haben zu folgenden Schlüssen geführt: 1. Das Achillesphänomen ist im Verhältnis zu den Sehnenreflexen der oberen Extremitäten ein konstant zu nennender Reflex. 2. Es ist weniger konstant als das Kniephänomen, einseitig fehlt es sogar nicht allzu selten. 3. Es wird durch nichtnervöse Ursachen, Verletzungen, Alter, Deformitäten, Ischias usw. leichter geschädigt als das Kniephänomen. 4. Wenn auch weniger konstant als das letztere bleibt doppelseitiges Fehlen doch stets ein beachtenswertes Symptom. 5. Einwandsfrei ist nur die Methode der Prüfung in Knieen. Nur wenn der Reflex bei dieser fehlt, ist dies als krankhaftes Symptom zu verwerten.

Referate.

— Dexler: Zur Anatomie des Zentralnervensystems von Elephas indicus. Mit 39 Textfiguren, 2 Tafeln. Aus der Festschrift der Arbeiten aus dem Wiener Neurologischen Institut. Leipzig u. Wien, Deuticke, 1907. 145 S.

Eine vortreffliche und gründliche deutsche Arbeit des sehr bekannten Tieranatomen und -psychologen aus Prag. Verf. untersucht als Allererster systematisch sehr genau das ganze Gehirn und Rückenmark eines weiblichen Elephanten von 25 Tagen und zwar ganz frisch, und zunächst nur morphologisch. Mit dem RM. wog es 2227 g, RM. allein 187 g. Ersteres verhält sich zum Körpergewicht wie 1 : 117,7. Das RM. reichte bis zum os sacrum. Das Cerebellum war massig und wog 496 g. Die Schläfenlappen überdeckten einen großen Teil des Riechhirns, welch letzteres breit und kurz war. Der Hirnstamm war nur mäßig groß,

der Epithalamus klein, der Schwanzkern, thalamus opticus und die ganglia geniculata dagegen groß. Die Hypophyse war klein, der pons breit und dick, die Oliven sprangen weit vor und die Pyramiden waren rudimentär entwickelt. Die Gehirnfurchen waren überreich gegliedert und stark asymmetrisch. Verf. warnt mit Recht, ohne Weiteres „irgend eine besondere Furchenanomalie aus dem Gewirre loszulösen", nicht einmal die fötale Entwicklungsfolge könne in allen Fällen als Differenzmerkmal dienen. Näcke

— Iwan Bloch: Die Praxis der Hautkrankheiten. Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1908. 698 S.

Auch der Psychiater hat öfter mit Hautkrankheiten zu tun. Ihm sei deshalb obiges Buch des bekannten Dermatologen, Sexualpathologen und Psychiaters — auch das war einige Zeit Bloch! — bestens empfohlen. Es ist das einzige Buch, das systematisch Unnas Lehren in Hamburg darstellt. Unna hat dazu eine Vorrede geschrieben. Bloch will sein Buch besonders für die Praktiker schreiben, deshalb wird auf die Diagnose und Therapie so großer Wert gelegt, nicht weniger aber auch auf die allgemeine Dermatologie. Eine Reihe schöner Holzschnitte illustrieren das ganze. Auch die Syphilis ist kurz und treffend dargestellt und Dr. Wichmann hat im Anhang eine Einführung in die Finsen-Röntgen-Radium-Therapie geschrieben. Ein genaues Sachregister beschließt das ganze. Näcke.

— Obersteiner: Die progressive allgemeine Paralyse. Wien und Leipzig, Hölder, 1908. 217 S. 5,20 M.

Eine ganz ausgezeichnete Darstellung, die eine völlige Neu- und Durcharbeitung der betr. Krafft-Ebingschen Monographie darstellt. Das Literaturverzeichnis enthält allein 549 Nummern. Syphilis ist nach ihm die Hauptursache, aber nicht die alleinige und er hebt die hohe Zahl erblicher Belastung bei Paralyse, die häufige persönliche Degeneration und den großen Wert der spezifischen Veranlagung zur Paralyse hervor. Bez. der letzteren sagt er ganz richtig mit Näcke: „sie (die Veranlagung) ist vielleicht eine conditio sine qua non für die Entstehung der Paralyse, sie allein aber würde doch sicher dazu nicht ausreichen, man kann also von einem paralitico nato (Näcke), trotz dieses Zugeständnisses, doch nur in beschränkter Bedeutung sprechen: Paralyticus nascitur atque fit" (p. 140). Damit sagt er nur, was Näcke behauptet hat; er gibt sogar Fälle von „paralitico nato" zu, welchen schlechten Ausdruck Ref. nur symbolisch verstanden haben wollte. Verf. verlangt mit Näcke, bevor das Syphilisgift eingreifen kann, eine angeborene oder erworbene und zwar spezifische Veranlagung, d. h. Widerstandsunfähigkeit des Gehirns. Damit sind Näckes Theorien in der Hauptsache anerkannt! Näcke.

— Klotz: Der Mensch ein Vierfüßler. Leipzig, 1908, Wiegand. 105 S.

Verf., ein Maler in Leipzig, behauptet an der Hand höchst interessanter Zeichnungen, 1. daß die beste natürliche Lage für den menschlichen Koitus die des Vierfüßlers sei und 2. auch in dieser Lage die Geburt am leichtesten stattfände. Er behauptet weiter, die Anatomen hätten die weiblichen Genitalien zum Teil falsch gezeichnet und so gibt es noch andere tolle Sätze. Doch steckt viel Wahres, Interessantes und Kulturhistorisches darin. Möglich, daß ursprünglich die Vierfüßler-Stellung bei jenen Akten naturgemäß war. Mit der Zivilisation — aber schon lange vorher! — ward es anders, da der weibliche Teil beim Koitus nicht bloß passiv bleiben wollte, sondern auch aktiv. Auch der männliche Teil profitierte dabei im Sinnesgenusse. Näcke.

— Segaloff: Die Krankheit Dostojewskys. München 1907, Reinhardt, 54 S. 1,50 M. Grenzfragen der Literatur und Medizin.

Verf. schildert ausgezeichnet, wie der große Seelenschilderer Dostojewsky von jeher abnorm war und sich zum klassischen Epileptiker ausbildete. Die Anfälle scheinen schon in der Ingenieurschule in Petersburg aufgetreten zu sein, wurden aber erst eigentlich in der Verbannung stark. Er war kein Alkoholist, aber starker Raucher und Teetrinker, später auch Spieler. In fünf Romanen beschreibt er Epileptiker. Sehr viele Auszüge aus Briefen, Werken und Memoiren sind beigegeben. Leider ist das Leben D.'s nicht bis zum Tode verfolgt. Näcke.

— Rahmer: August Strindberg. München 1907, Reinhardt. 43 S. 1,50 M. Grenzfragen der Literatur und Medizin.

Aus Strindbergs autobiographischen Erzählungen, besonders des Inferno schildert Verf. sehr hübsch, wie St. auf neuropathischer Basis als Vierzigjähriger eine schwere „melancholia moralis" durchmachte, die ein volles Jahr anhielt und dann heilte. Trotz verschiedener an Melancholie erinnernder Züge zweifelt Ref. sehr, ob es echte Melancholie war, vielmehr scheint es ihm sich um ein Syndrome bei einem dégénéré supérieur gehandelt zu haben. Leider fehlt jede ärztliche Beobachtung und es wäre auch interessant gewesen, etwas über St.'s Wesen nach jenem Anfalle bis jetzt zu erfahren. Näcke.

— Hübner: 1. Klinische Studien über die Melancholie. Archiv für Psych., Bd. 43, H. 2. 2. Das Abadiesche Symptom bei Geisteskranken. Zentralbl. für Nervenheilkunde und Psych. 15. Aug. 1907.

Verf. untersuchte ein reiches Material und kommt zu dem Schlusse, daß die Involutionsmelancholie vom manisch-depressiven Irresein nicht zu trennen, also nicht selbständig ist. Das glaubt jetzt auch Referent. Verf. beleuchtet weiter eingehend und klar das Verhältnis von Melancholie zu anderen ähnlichen Zuständen und weist auf die vielen Schwierigkeiten hin. In der zweiten Arbeit kann er dem Abadieschen Zeichen (d. h. Fehlen des Druckschmerzes an den Achillessehnen) bei Geisteskranken keinen besonders hohen Wert beimessen. Näcke.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. **Nr. 47. 1908.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Zum 1. April 1908

Oberpflegerin

gesucht. Meldungen mit Zeugnissen und Gehaltsansprüchen an die Direktion der Privatheilanstalt Bergquell-Frauendorf bei Stettin.

An der Brandenburgisch. Landes-irrenanstalt in Landsberg (Warthe) ist zum 15. März d. Js. oder später die Stelle eines [1116

Assistenzarztes

zu besetzen. Neben freier Station I. Klasse beträgt das Anfangsgehalt jährlich 1800 M. u. steigt bis 2400 M.

Psychiatrische Vorbildung ist nicht erforderlich. Frühere Tätigkeit an Irrenanstalten oder Krankenhäusern kann in Anrechnung kommen. Unverheiratete Bewerber wollen ihre Gesuche mit Zeugnissen, Lebenslauf und Approbation möglichst bald einsenden an den Direktor

Sanitätsrat **Dr. Gock.**

An der Privat-Irrenpflegeanstalt der Barmherzigen Brüder zu Trier ist sofort eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Wohnung in der Anstalt.

Meldungen sind zu richten an den Vorstand.

Die Rheinische Volksheilstätte für Nervenkranke zu **Roderbirken** bei Leichlingen, Kr. Solingen (145 Betten 3 Aerzte) sucht zu baldigem Eintritt einen [1119

Assistenzarzt.

Bewerbungen mit Angabe der Gehaltsansprüche erbeten an den leitenden Arzt **Dr. Beyer.**

Inserieren schafft Absatz.

„Friedheim" Zihlschlacht
Thurgau, Schweiz.

Comfortables Heim
(gegründet 1890)

für Nerven- u. Gemüths-kranke besserer Stände
incl. **Alkoholiker** beiderlei Geschl.

Dr. F. Krayenbühl
Specialarzt.

Neuronal

(Bromdiaethylacetamid D. R.-P.)

Bewährtes, unschädliches **Hypnoticum** in Gaben von 0,5—1,0—2,0 g.
Ausgezeichnetes **Sedativum** und Ersatz der Bromsalze in Gaben von 1—2—3 g. pro die
Antiepilepticum 3 mal täglich 0,5 g.
Analgeticum bei epileptischem Kopfweh 0,5 g.
Neuronal-Tabletten zu 0,5 g.

Neurofebrin (**Neuronal-Antifebrin āā**). Hervorragende Erfolge bei nervösem Kopfschmerz, Migräne und den Unruhezuständen der Frauen zur Zeit der Menses.
Neurofebrin-Tabletten zu 0,5 g. 987

Orexin	**Jodol**	**Hetol**
echtes Stomachicum **Orexin-Tabletten** und **Orexin-Chocol.-Tabletten.**	Bester Jodoform-Ersatz **Menthol-Jodol.**	**Hetol-Injektionen.**

Litteratur durch: **Kalle & Co. A.-G., Biebrich a. Rh.**

BROMURAL

α-Monobromisovalerianylharnstoff.

Ein neues
Nervenberuhigungs- u. Schlafmittel.

Fast geschmackfrei, geruchlos und ohne Nebenwirkung. 959
Indikation: Leichte, nervöse Schlaflosigkeit, Hysterie, Neurasthenie etc.
Dosis: 2 Tabletten à 0,3 g. Originalröhrchen zu 20 Tabletten à 0,3 g.
Literatur und Proben kostenlos.

Knoll & Co., chem. Fabrik, **Ludwigshafen a. Rhein.**

Prof. Dr. **Soxhlet's Nährpräparate:**

Nährzucker u. verbess. **Liebigsuppe** in Pulverform in Dosen von $1/2$ kg Inh zu 1 50 M.

Nährzucker-Kakao in Dosen von $1/2$ kg Inhalt zu 1.80 M.

Eisen-Nährzucker mit 0,7 % ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von $1/2$ kg Inhalt 1,80 M.

Eisen-Nährzucker-Kakao mit 10% ferrum oxydat saccharat. sol. Ph. IV. die Dose von $1/2$ kg Inhalt 2 — M.

Leicht verdauliche Eisenpräparate, klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.
[illegible] H.H. Aerzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei
Nährmittelfabrik München, G. m. b. H., in Pasing bei München.

An der Provinzial-Irrenanstalt Neustadt an der Ostsee (Holstein), mit welcher eine Poliklinik f. Nervenkrankheiten verbunden ist, die Stelle eines

zweiten Hilfsarztes

zu besetzen. Gehalt 2500 Mark neben vollständig freier Station. Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion zu richten.

An der **städt. Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.** ist am 1. April ds. Js. eine

Assistenzarzt-Stelle

zu besetzen. Bareinkommen im ersten Jahr 1680 M., im zweiten Jahr 1980 M. pro Jahr, dabei freie Station I. Klasse.

Meldungen zu richten an den Direktor Professor Dr. Sioli, Frankfurt a. M.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 47. 15. Februar **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Über die Frage der besonderen Ausbildung, der wissenschaftlichen Fortbildung und der geistigen Anregung und Erholung der Anstaltsärzte.

Referat erstattet von Ass.-Arzt *Schroeder*, Alt-Scherbitz.

Während ein Spezialarzt bei Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit sich im allgemeinen auf sein Sondergebiet beschränken kann, ist dies beim Psychiater nicht der Fall. Er muß sich, mehr als es bei anderen Spezialisten der Fall ist, oft genug mit Erkrankungen befassen, die nicht in sein Sondergebiet fallen. Es ist daher erforderlich, daß der Irrenarzt auch auf den zahlreichen anderen Gebieten der medizinischen Wissenschaft soweit bewandert ist, daß er die ihm alltäglich vorkommenden Erkrankungen auf körperlichem Gebiete behandeln kann. Bei der ungeheueren Ausdehnung aller Sonderzweige der Medizin und der Notwendigkeit, mit allen Fühlung zu behalten, sind die an den Psychiater gestellten Anforderungen sehr große. Es hat sich daher schon längst das Streben nach einer zweckmäßigen Arbeitsteilung geltend gemacht, indem man es als wünschenswert bezeichnete, daß jeder Psychiater auch noch auf irgend einem anderen Gebiete der Medizin ein etwas tieferes Wissen besitzt. Die Ausbildung in einem für die irrenärztliche Tätigkeit besonders wichtigen Spezialfach gilt daher ganz allgemein als eine sehr zweckmäßige Vorbereitung für die psychiatrische Laufbahn, und gern würden die Anstaltsleiter bei der Annahme ihrer Assistenten hierauf ein größeres Gewicht legen. Freilich stehen der Verwirklichung dieses Strebens die größten Hindernisse entgegen. Die Zeiten, wo sich auf Stellenausschreibungen eine größere Zahl von Bewerbern meldete, sind längst vorüber, und von einer Auswahl in dem erwähnten Sinne kann so gut wie keine Rede sein. Dazu kommt, daß vielfach noch in den Anstalten ein Avancement nur nach Maßgabe der in dem Anstaltsdienst verbrachten Dienstjahre stattfand und die Tätigkeit an Kliniken, Krankenhäusern usw. gar nicht oder nicht genügend angerechnet wurde. Es suchte daher jeder, der die Tätigkeit des Irrenarztes erwählte, möglichst bald nach der ärztlichen Prüfung in eine Irrenanstalt einzutreten, um nicht noch mehr Vordermänner zu bekommen, und er versäumte es daher, sich durch eine längere Tätigkeit an Krankenhäusern für die irrenärztliche Laufbahn vorzubereiten. Es geht auch hieraus hervor, wie ungemein wichtig für die Ausbildung des Psychiaters die möglichst weitgehende Anrechnung früherer ärztlicher Tätigkeit ist. Immerhin ist die Zahl der Anstalten, die sich des Besitzes eines auf nichtpsychiatrischem Gebiete ausgebildeten Arztes erfreuen, keine geringe, wenn auch fast immer nur eine kleine Zahl der Sondergebiete vertreten ist. Durch eine Umfrage, die ich bei allen städtischen und Landesanstalten Deutschlands über die für mein Referat in Betracht kommenden Fragen gehalten habe, und für deren Beantwortung ich auch an dieser Stelle meinen wärmsten Dank ausspreche, habe ich auch über die Zahl der an Irrenanstalten tätigen Spezialärzte Kenntnis. Etwa ein Fünftel der Anstalten besitzt einen oder mehrere nichtpsychiatrische Fachärzte. Am häufigsten war Chirurgie und innere Medizin vertreten, dann folgten Augenheilkunde, pathologische Anatomie, Gynäkologie und Ohrenheilkunde.

Das Bedürfnis nach spezialärztlicher Ausbildung ist gewiß in den einzelnen Anstalten ein verschieden großes. Es ist ein geringeres an Anstalten, die infolge ihrer günstigen Lage rasch fachärztliche Hilfe erlangen können, ein größeres, wenn das durch die abgeschiedene Lage erschwert oder unmöglich ist. Besonders in diesen Fällen, aber auch sonst im Interesse der gegenseitigen wissenschaftlichen Anregung, ist es wünschenswert, daß eine größere Anstalt für jedes der oben genannten Gebiete je einen besonders ausgebildeten Arzt hat, und es entsteht die Frage, auf welchem Wege sich das erreichen läßt. Kann eine Anstalt, die keine Spezialärzte für die in Betracht kommenden Fächer hat, ihre Ärzte in der erwünschten

Weise ausbilden? Es ist hierbei zunächst zu erwägen, wieviel Zeit erforderlich sein würde, um auf den in Frage kommenden Gebieten diejenigen Kenntnisse und Fähigkeiten zu erlangen, die für den Arzt in einer Irrenanstalt wünschenswert sind. Ich bin der Meinung, daß die Ausbildung in den einzelnen Fächern etwa folgende Dauer haben müßte: pathologische Anatomie 2 Jahre, Chirurgie 1½ bis 2 Jahre, innere Medizin 1 Jahr, Geburtshilfe und Frauenkrankheiten 1 Jahr, Neurologie ½ Jahr, Augenkrankheiten ½ Jahr, Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten ½ Jahr.

Warum ich für die Ausbildung in der pathologischen Anatomie die längste Zeitdauer für erforderlich halte, bedarf vielleicht einer kurzen Begründung. Es ist wohl nicht möglich, durch eine nach wenigen Monaten zählende Tätigkeit an einem pathologischen Institut eine solche Ausbildung zu erlangen, welche die Vorbedingung für ein selbständiges Arbeiten auf diesem Gebiete ist. Aber gerade auf das selbständige Arbeiten kommt es an, wenn von dem pathologischen Anatom eine für die Wissenschaft wertvolle Arbeit geliefert werden soll. Daß dazu eine mindestens zweijährige Ausbildung notwendig ist, wird niemand bestreiten. Da eine Abkommandierung für so lange Zeit wohl nicht möglich ist, muß die Ausbildung in der pathologischen Anatomie vor dem Eintritt in die Anstalt erlangt werden. Diese Zeit muß selbstverständlich voll angerechnet werden. Ein so vorgebildeter Arzt würde für jede Anstalt ein unschätzbarer Gewinn sein, nur so könnte das reichliche Material nutzbringend verarbeitet werden. Es würde hierdurch in größeren Anstalten die ganze Arbeitskraft eines Arztes in Anspruch genommen werden, sodaß in diesem Falle der pathologische Anatom von jedem Abteilungsdienst befreit, also überzählig sein müßte. Es ist wiederholt die Forderung eines überzähligen Arztes gestellt worden. Mit Recht entgegnete man, daß sich die Verwaltungen kaum zur Bewilligung überzähliger Ärzte entschließen würden. Ich möchte daher lieber statt der Anstellung eines überzähligen Arztes die eines besonderen pathologischen Anatomen empfehlen, da dessen Notwendigkeit sich unschwer begründen läßt.

Da die Ausbildung in der Chirurgie ebenfalls eine sehr zeitraubende ist, müßte auch sie, wenn irgend möglich, vor dem Eintritt in den Anstaltsdienst erlangt werden. Wenn das auch für die anderen Spezialfächer das erstrebenswerte ist, so ist es doch auf diesen Gebieten eher möglich, durch Abkommandierungen an Kliniken die Anstaltsärzte nachträglich auszubilden. So lange an den meisten Anstalten Vakanzen sind, wird das freilich nicht durchführbar sein. Wenn aber die Laufbahn des Irrenarztes begehrenswerter geworden ist, alle Stellen besetzt sind und die Zahl der Arztstellen eine ausreichende ist, dann werden ohne Schwierigkeiten längere Abkommandierungen möglich sein.

Da gegenwärtig wegen des herrschenden Ärztemangels die Vertretung für längere Zeit schwer möglich sein wird, dürfte zu erwägen sein, ob vielleicht für gewisse Fälle statt der Abkommandierungen ein Ärzteaustausch mit den in Frage kommenden Instituten sich ermöglichen ließe, wie er mit psychiatrischen Kliniken weiter unten besprochen werden soll.

Als wichtiges Mittel zur Fortbildung und geistigen Anregung der Anstaltsärzte sind schon oft die ärztlichen Fortbildungskurse empfohlen worden. Es kommen hier zunächst die sehr zahlreichen allgemeinen Kurse für Ärzte in Betracht. Um aber speziell den Bedürfnissen des Irrenarztes gerecht zu werden, ist man seit einiger Zeit bestrebt, besondere Fortbildungskurse für Anstaltsärzte einzurichten. Der Deutsche Verein für Psychiatrie hat diesem Punkte in den letzten Jahren besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Auf seiner 1903 in Jena abgehaltenen Versammlung wurde die Errichtung von Fortbildungskursen für Irrenärzte angeregt mit dem Erfolge, daß bereits im November desselben Jahres in Frankfurt a. M. ein derartiger Kursus abgehalten wurde, der sich besonders auf Psychiatrie und Neurologie erstreckte. Im Jahre 1904 wählte der Deutsche Verein für Psychiatrie eine besondere Kommission zur Vorbereitung von Fortbildungskursen. Dies hatte zur Folge, daß im Herbst 1906 zum ersten Male die in Berlin eingerichteten Fortbildungskurse für Irrenärzte abgehalten werden konnten, in denen die Gebiete der Hygiene, innern Medizin, Chirurgie, pathologischen Anatomie, Psychiatrie und Neurologie behandelt wurden. Durch das dankenswerte Entgegenkommen der Verwaltungsbehörden wurde den Ärzten die Teilnahme an den Kursen ermöglicht. Um auch die Fortschritte der klinischen Psychiatrie den Anstaltsärzten leichter zugänglich zu machen, sind seit demselben Jahre an der Münchener Klinik Kurse eingerichtet worden. Erwähnen möchte ich ferner den seit einiger Zeit in Uchtspringe bestehenden Fortbildungskursus. Alle diese Kurse haben sich vorzüglich bewährt und es ist ihnen ein weiteres Gedeihen nur zu wünschen. Sie sind gewiß für die Ausbildung der Irrenärzte von unschätzbarem Nutzen. Es würde sehr wünschenswert sein, wenn jeder Anstaltsarzt in die Lage versetzt würde, alle drei bis vier Jahre einen solchen Kursus zu besuchen.

Um die genannten Ziele zu erreichen, ist es ein dringendes Erfordernis, daß in jeder Anstalt ein hinreichend großer Fonds zur Deckung der entstehenden Kosten vorhanden ist. Leider weist der Etat mancher Anstalten keinen derartigen Titel auf, und in vielen Anstalten sind die vorhandenen Mittel entschieden zu gering. Zahlreiche Anstalten verfügen über 100 M. pro Arztstelle und Jahr. Um aber mehr als bisher den Ärzten die Teilnahme an den Fortbildungskursen, Versammlungen usw. zu ermöglichen, dürfte ein Fonds von wenigstens 150 M. pro Arztstelle und Jahr erforderlich sein.

Die Verwendung dieser Fonds ist eine sehr verschiedene. Bald werden Tagegelder und Reisekosten daraus gezahlt, bald nur Reisebeihilfen, bald wechselnd entweder das eine oder das andere. Es ist gewiß wünschenswert, daß grundsätzlich bei allen Reisen, die ein dienstliches Interesse haben, Tagegelder und Reisekosten bewilligt werden.

Die Höhe der Tagegelder schwankt bei den einzelnen Anstalten zwischen 9 und 18 M. Auch sind sie vielfach nach der Rangstufe verschieden. Die in der Provinz Sachsen gültigen Sätze erscheinen angemessen und dürften allen Ansprüchen genügen. Sie betragen für einen Direktor und Oberarzt 15 M. Tagegelder, 9 Pf. für das Kilometer, 3 M. Zu- und Abgang und 60 Pf. für das nicht auf Eisenbahnen und Dampfschiffen zurückgelegte Kilometer. Für die übrigen Ärzte betragen diese Gebühren 12 M., bez. 7 Pf., 2 M. und 40 Pf.

Außer Fortbildungskursen und längerer Tätigkeit an klinischen Instituten kommen noch andere Mittel zur Anregung und Fortbildung der Anstaltsärzte in Betracht. Hierzu gehört zunächst die Teilnahme an wissenschaftlichen Versammlungen sowie Studienreisen zum Besuche anderer Anstalten. Beides sind besonders für die erfahreneren Ärzte wertvolle Bildungs- und Anregungsmittel. Auch für die Erreichung dieser Zwecke ist das Bestehen der erwähnten Fonds von größter Wichtigkeit, und gerade um die Teilnahme an Versammlungen zu ermöglichen, sind sie vielfach erst eingerichtet worden.

Bei dem allgemein anerkannten großen praktischen Wert der Studienreisen sind diese denn auch schon immer in dankenswerter Weise von den Verwaltungsbehörden unterstützt worden. Sehr nachahmenswert ist das Beispiel von Nieder-Österreich. Dort erhalten jedes Jahr zwei Ärzte ein Reisestipendium und einen Urlaub von 42 Tagen, um eine Reihe von bedeutenden Anstalten des Auslandes besuchen zu können.

Würde schon die Ausführung der genannten Vorschläge den Anstaltsärzten reichliche Anregung bieten, so gibt es doch zur Erlangung dieses Zweckes noch zahlreiche andere Wege. Ich denke hierbei zunächst an die engere Fühlung mit den Ärzten der Umgebung und wissenschaftlichen Instituten und Vereinen. Den Mangel an Fachärzten haben einige Anstalten dadurch auszugleichen versucht, daß sie mit benachbarten Spezialisten Fühlung genommen haben. Diese an Zahl allerdings noch sehr geringen Anstalten erhalten etwa alle 14 Tage Besuch von einem Augen- und einem Ohrenarzt, dem die entsprechenden Fälle vorgestellt werden. Es wird das allerdings nur an Anstalten durchführbar sein, die nicht allzuweit von größeren Städten entfernt sind. Ferner möchte ich auf die Vorteile hinweisen, welche die Abkommandierung von Militärärzten zu Irrenanstalten mit sich bringt, und die, soweit es für die vorliegende Betrachtung in Frage kommt, hauptsächlich darin liegen, daß die Militärärzte infolge ihrer besonderen Ausbildung meist über spezialärztliche Kenntnisse verfügen. Die Militär-Sanitätsbehörden sind zur Abkommandierung von Militärärzten sehr geneigt.

Engere Beziehungen zu wissenschaftlichen Vereinen der Umgebung und zu etwa in der Nähe befindlichen Kliniken sind in ihrem Werte schon längst erkannt, und vielen Anstalten fließt hierdurch reichlich Anregung zu. Besonders die Nähe von psychiatrischen Kliniken ist für die wissenschaftliche Fortbildung der Anstaltsärzte von größter Wichtigkeit. Die Irrenanstalten können noch in bedeutend größerem Maße, als dies bisher geschehen ist, den Nutzen hieraus ziehen. Ich denke hierbei an den Ärzteaustausch zwischen psychiatrischen Kliniken und Irrenanstalten. Diesem ungemein wichtigen Punkte ist in den letzten Jahren erhöhte Beachtung geschenkt worden. So beschäftigte sich auch der Österreichische Irrenärztetag im Oktober 1907 mit dieser Frage, und es wurde auf Antrag des Prof. Wagner von Jauregg folgende Resolution gefaßt, deren Wortlaut mir durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Referenten bekannt geworden ist:

„Es ist zum Zwecke der fachlichen Ausbildung der Irrenärzte wünschenswert, daß der Ärzteaustausch zwischen Irrenanstalten und psychiatrischen Kliniken gefördert werde, und zwar dadurch, daß:

1. subalternen Anstaltsärzten die Annahme von Assistentenstellen an psychiatrischen Kliniken erleichtert werde durch Gewährung von mehrjährigen Urlauben bei Wahrung ihres Dienstranges und bei Anrechnung der an der Klinik verbrachten Zeit in ihre Dienstzeit,

2. emeritierten klinischen Assistenten der Eintritt in den Anstaltsdienst erleichtert werde durch Anrechnung der an der Klinik verbrachten Zeit bei Bestimmung des Dienstranges und der Dienstzeit."

In Deutschland ist die Frage des Ärzteaustausches schon oft diskutiert worden, und es ist besonders Kraepelins Verdienst, diese Bestrebungen praktisch gefördert zu haben. Auf seinen Vorschlag findet seit einiger Zeit ein Ärzteaustausch zwischen der psychiatrischen Klinik zu München und der Anstalt Eglfing statt, der sich nach den mir zugegangenen Mitteilungen sehr bewährt hat. Die Mindestdauer des Austausches beträgt dort drei Monate. Vielleicht ist es am ratsamsten, als durchschnittliche Dauer ein Semester zu empfehlen. Die von Wagner v. Jauregg empfohlene mehrjährige Abkommandierung könnte infolge ihrer langen Dauer vielleicht die praktische Durchführbarkeit erschweren. Die Vorteile eines solchen Austausches sind sehr mannigfache und kommen beiden Anstalten zugute. Für den Arzt einer Irrenanstalt ist ein tieferes Eindringen in den wissenschaftlichen Geist einer Irrenklinik ein unschätzbares Anregungsmittel, und er sieht in größerer Zahl frische und rasch verlaufende Psychosen, während der klinische Assistent in den Landesanstalten chronische Fälle und besonders Endzustände kennen lernt und einen Einblick in den ausgedehnten Beschäftigungsbetrieb einer großen Anstalt gewinnt. Auch zu katamnestischen Studien würde vielfach Gelegenheit sich bieten. Ferner würde der klinische Assistent den nicht am Austausch teilnehmenden Anstaltsärzten reichliche Anregung bringen. Die Schwierigkeiten, die sich aus der getrennten Verwaltung ergeben, dürften wohl keine unüberwindlichen sein. Ein Hinderungsgrund könnte das verschieden hohe Gehalt der klinischen und Anstaltsassistenten bilden. Es wäre daher auch im Interesse des Ärzteaustausches zu wünschen, daß den klinischen Assistenten dasselbe Gehalt gewährt würde wie den Ärzten der Irrenanstalten. Bis dies geschehen ist, könnte diese Differenz dadurch ausgeglichen werden, daß ein an Irrenanstalten tätiger klinischer Assistent einen entsprechenden Zuschuß erhält. Erfreulicherweise tragen sich jetzt schon eine ganze Anzahl von Anstalten mit dem Plan eines Ärzteaustausches, wie aus den an mich ergangenen Zuschriften hervorgeht. Da es sich immer um längere Austauschzeiten handeln wird, spielt die Entfernung keine so erhebliche Rolle, sodaß auch den abgelegenen Anstalten die Teilnahme an einem solchen Austausche möglich sein würde.

Auch der Übertritt klinischer Assistenten in den Anstaltsdienst dürfte als sehr empfehlenswert zu bezeichnen sein. Es ist ja schon oft die Trennung zwischen klinischer und Anstaltspsychiatrie und die in den kleineren Staaten und Provinzen vielfach übliche „Inzucht" bedauert worden. Im Interesse der Belebung des wissenschaftlichen Geistes einer Anstalt wäre der Übertritt klinischer Assistenten zu Irrenanstalten sehr zu begrüßen. Da ferner die Landesanstalten die größte Mühe haben, Ärzte zu finden, während die psychiatrischen Kliniken die größten Schwierigkeiten hinsichtlich der späteren Versorgung ihrer Assistenten haben, so würden wir in dem erwähnten Übertritt ein Mittel haben, beide Übelstände zu bekämpfen. Die Schwierigkeiten, die dem bisher entgegenstanden, waren folgende. Es wurde den klinischen Assistenten die frühere Dienstzeit gar nicht oder nicht genügend angerechnet, da sie sonst zu Vordermännern einer Anzahl alteingesessener Anstaltsärzte geworden wären und die dadurch verursachten Unzuträglichkeiten etwaige Vorteile aufheben würden. Diese Schwierigkeiten würden sich nur dadurch beseitigen lassen, daß einerseits jede für die irrenärztliche Laufbahn wertvolle frühere Tätigkeit für das Gehalt und das Dienstalter weitgehend angerechnet würde, und daß andererseits die Assistenzärzte bis zum Anstaltsarzt und zum Oberarzt nach bestimmten Dienstjahren aufrücken, nicht aber nach Maßgabe freiwerdender Stellen. Dann würde durch den Übertritt eines klinischen Assistenten niemand in seinem Aufrücken bis zum Oberarzt geschädigt werden.

Ob der Wechsel der Ärzte zwischen den Landesanstalten erhebliche Vorteile bietet, ist schwer zu entscheiden. Wenn auch die Bekanntschaft mit fremden Verhältnissen manche Anregung bieten kann, und die durch die verschieden günstige Lage der Anstalten gegebenen Ungleichmäßigkeiten durch einen solchen Wechsel etwas ausgeglichen werden können, so wird doch durch ein Fluktuieren der Ärzte die Einheitlichkeit und Eigenart einer Anstalt oft empfindlich leiden.

Es ist oft beklagt worden, daß an manchen Landesanstalten das wissenschaftliche Streben gering ist. Der wesentlichste Grund hierfür ist wohl der, daß in den Irrenanstalten die Zahl der Arztstellen sehr gering im Verhältnis zum Krankenbestand ist und viele Stellen wegen Mangel an Bewerbern lange Zeit unbesetzt bleiben müssen. Kraepelin sagt: „Wer mehr als 100, oft sogar 200 bis 300 Kranke zweimal am Tage besuchen und besorgen, ihre Briefe erledigen und ihre Krankengeschichten führen muß, wird schlechterdings zu einer oberflächlichen Erledigung der Geschäfte getrieben und kann nicht zu ruhiger Sammlung kommen." Zur wissenschaftlichen Tätig-

keit gehört eben neben der Anregung auch vor allem Zeit. Es ist daher notwendig, daß die Zahl der Arztstellen an den Anstalten entsprechend vermehrt wird. Von den vielen zur Vermehrung der Arztstellen gemachten Vorschlägen erscheint der von Alt am zweckmäßigsten, nach dem bei einer Jahresaufnahme von etwa 25% ein Arzt auf 100 Kranke erforderlich ist, wobei der Direktor ausscheidet. Bei besonders starkem Wechsel im Krankenbestand sind noch weitere ein bis zwei Ärzte zum Dienst auf den Aufnahme- und Wachabteilungen nötig.

Zur Anregung kann in den Irrenanstalten noch manches andere geschehen. Ich denke dabei zunächst an die Einrichtung von wissenschaftlichen Abenden, die nur in wenigen Anstalten stattfinden. Es ist hier ferner die Hinzuziehung jüngerer Ärzte zur Begutachtung zu erwähnen, was auch bereits in den meisten Anstalten geschieht. Es ist sehr wichtig, daß die Assistenzärzte von den erfahreneren Ärzten mit der so ungemein wichtigen forensischen Tätigkeit des Irrenarztes vertraut gemacht werden, um über die Schwierigkeiten hinwegzukommen, die dem Anfänger auf diesem Gebiete entgegentreten. Auch wird die bisweilen einförmige Tätigkeit des Anstaltsarztes durch die Beschäftigung mit Gutachten und durch gemeinsame Besprechung der forensischen Fälle erheblich interessanter. Wenn der Direktor und die ältesten Ärzte allein begutachten, werden sie über Gebühr mit Arbeit überlastet, und die jüngeren Ärzte lernen zu wenig von dieser enorm wichtigen psychiatrischen Tätigkeit kennen. Wegen Überlastung mit Verwaltungsgeschäften wird der Anstaltsleiter vielfach auf die gutachtliche Tätigkeit ganz verzichten müssen. Eine Entschädigung des Direktors für Verzicht auf die gerichtliche Tätigkeit, wie das in Eglfing schon seit mehreren Jahren der Fall ist, dürfte in solchen Fällen angebracht sein.

Daß in jeder Anstalt ausreichende Geldmittel zur Anschaffung wissenschaftlicher Werke und zur Unterhaltung der Laboratorien vorhanden sein müssen, will ich nur kurz erwähnen.

Auch die Beschäftigung mit Verwaltungsangelegenheiten kommt für die geistige Anregung mit in Betracht, und es dürfte sich empfehlen, alle Ärzte, nicht bloß den Stellvertreter des Direktors, mit den wichtigsten Vorkommnissen der Verwaltung vertraut zu machen, da hierdurch der Blick sich weitet und das Interesse an der Anstalt gefördert wird. Die Ärzte erhalten auf diese Weise von allen wichtigeren Ereignissen dienstliche Kenntnis und sind nicht auf zufällige Informationen angewiesen.

Da der Beruf des Irrenarztes mit Recht als ein schwerer, entsagungsreicher und aufreibender gilt, so hat der Psychiater auch in besonderem Maße Anspruch auf Erholung, denn nur so ist es möglich, die viel besprochene Anstaltsnervosität wirksam zu bekämpfen. Leider ist der Irrenarzt oft noch viel gebundener, als es durch die Eigenart seines Dienstes notwendig ist. Einem akademisch gebildeten Manne soll man stets das Maß von persönlicher Freiheit geben, das eben gerade möglich ist. Man glaube nicht, daß durch die Beschränkung der Bewegungsfreiheit die Ärzte zu wissenschaftlichen Arbeiten veranlaßt werden. Dies hängt von ganz anderen Umständen ab. Wer arbeiten will, tut dies auch unter den freiesten Verhältnissen, wer keine Neigung dazu verspürt, wird es auch bei der größten Gebundenheit unterlassen. Mit Recht bezeichnet es Deiters als eine Vorschrift für Dienstboten und nicht für gebildete Leute, wenn Assistenzärzte sich ohne Erlaubnis des Direktors nicht aus der Anstalt entfernen dürfen. Selbstverständlich muß sofortige ärztliche Hilfe jederzeit garantiert sein. Dafür ist ein ärztlicher Tagesdienst unbedingtes Erfordernis. Nur in einer ganz geringen Zahl von Anstalten ist ein solcher noch nicht eingeführt. Wie der Tagesdienst im einzelnen zu regeln ist, muß selbstverständlich den Direktoren ganz überlassen bleiben, da hierfür die an den einzelnen Anstalten so verschiedenen lokalen Verhältnisse ausschlaggebend sind.

Weiterhin ist es wünschenswert, daß durch Einrichtung freier Tage für längere Erholung der Anstaltsärzte Sorge getragen wird. An vielen Anstalten macht sich das Bestreben geltend, den Sonntagsdienst nach Möglichkeit einzuschränken, und der häufigste Fall ist der, daß jeder Arzt jeden zweiten Sonntag frei hat. Da viele Ärzte mehr Wert auf einen freien Wochentag als auf einen freien Sonntag legen, erscheint es mir am zweckmäßigsten, daß jeder Arzt innerhalb zweier Wochen Anspruch auf einen freien Tag nach Wahl bei vorheriger Vereinbarung mit den anderen Ärzten hat. Wichtig ist der bestimmte Anspruch auf freie Zeit. Urlaub zu erbitten, ist selbst bei weitgehendstem Entgegenkommen der Vorgesetzten peinlich, und die Ärzte kommen dann oft zu selten aus der Anstalt heraus. Das schädigt die Gesundheit des Arztes und damit auch das Wohl der Anstalt. Pflicht der Anstaltsleiter aber ist es, dafür zu sorgen, daß auch nach dieser Richtung das Wohl der Anstalt gewahrt wird.

An manchen Anstalten haben die Direktoren die Befugnis, die Ärzte für kürzere Zeit zu beurlauben, und müssen erst zur Erlangung eines längeren Ur-

laubs einen Antrag bei der vorgesetzten Behörde stellen. Soweit mir die Verhältnisse bekannt geworden sind, schwankt die Dauer dieses Direktorialurlaubs zwischen drei und vierzehn Tagen. Diese Urlaubsbefugnis des Direktors ist im Interesse der kleineren Reisen, die ab und zu notwendig oder wünschenswert sind, von großem Werte. Viele Anstalten liegen ja so ungünstig, daß mit einem freien Tage nicht viel anzufangen ist und erst, wenn mehrere Tage zur Verfügung stehen, die Erreichung eines Kulturzentrums möglich wird. Dabei ist es natürlich wünschenswert, daß sich ein derartiger kürzerer Urlaub auf dem einfachsten Wege, also durch Verfügung des Direktors erlangen läßt.

Daß es recht und billig ist, jedem Arzt einen längeren Jahresurlaub zu gewähren, ist selbstverständlich. An den meisten Anstalten wird den Ärzten ein Urlaub von vier Wochen gewährt, und bisweilen wird hierbei keine Rücksicht auf die dienstliche Stellung genommen. Es ist aber wohl richtiger, den älteren Ärzten länger Urlaub zu geben als den jüngeren. Eine hier und da übliche und wohl auch sehr zweckmäßige Einrichtung ist die, daß dem Direktor sechs, den Oberärzten bez. älteren Ärzten fünf und den Assistenzärzten vier Wochen Urlaub im Jahre gewährt wird. Studienreisen, Besuch von Versammlungen und Fortbildungskursen sowie militärische Übungen auf den Jahresurlaub anzurechnen, dürfte grundsätzlich zu vermeiden sein, da es sich in allen diesen Fällen um Dienst handelt und nicht um eine Erholung.

Zu den Verhandlungen der Kommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie zur Wahrung der Standesinteressen der Irrenärzte.

Von Dr. *Ennen*, Merzig.

Aus dem Umstande, daß die Kommission ihre Verhandlungen den beteiligten Kreisen zugänglich macht und daß sie ihre endgültigen Anträge erst am Tage vor der Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie formulieren will, darf wohl geschlossen werden, daß etwaige Kritiken nicht als unfreundliche Handlung aufgefaßt werden. Ich möchte mir deshalb einige Bemerkungen zu den Beschlüssen der Kommission gestatten.

Zunächst verdient hervorgehoben zu werden, daß die Beschlüsse im ganzen durchaus befriedigen und daß in ihnen die Wünsche, die bisher meist nicht über die verschwiegenen Wände der einzelnen Konferenz- und Kasinozimmer hinausgedrungen sind, in einer Weise zum Ausdruck kommen, die wohl überall Zustimmung finden wird.

Jedoch kann ich zu einzelnen Punkten Bedenken nicht unterdrücken.

Vielleicht würde es praktischer sein, die Steigerungen alle zwei Jahre erfolgen zu lassen. In der Rheinprovinz steigen z. B. alle Beamten in zweijährigen Perioden, wahrscheinlich ist das auch anderswo der Fall. Das ist ja weniger wichtig und wird wohl auch von selbst seine Regelung finden.

Mit der Beibehaltung der „Anstaltsärzte" bin ich sehr einverstanden. Daß aber nach einer bestimmten Dienstzeit das Aufrücken in eine Oberarztstelle garantiert werden soll, halte ich nicht für richtig. Eine derartige Einrichtung würde doch zu sehr an ein „Ersitzen" erinnern. Es würde dies auch in einem gewissen Widerspruch stehen zu III, Absatz 1, wonach für die Beförderung zum Oberarzt die Ablegung der staatsärztlichen Prüfung als wünschenswert erachtet wird.

Damit will ich aber nicht gesagt haben, daß ich dem letzteren beistimme. Ob einer zum Oberarzt und zum Direktor befähigt ist, läßt sich doch ohne diese Prüfung feststellen. Es hat vielleicht mancher diese Prüfung bestanden, der sich zu diesen Stellen viel weniger eignet als einer, der sie nicht abgelegt hat. Von den Leitern der großen Krankenhäuser wird diese Prüfung auch nicht vor ihrer Anstellung verlangt. Das Urteil eines Direktors, der seine Ärzte jahrelang kennt, ist doch maßgebender als der Ausfall einer Prüfung. Wahrscheinlich ist unter anderem hier das Beispiel des Königreichs Sachsen von Einfluß gewesen. Dort bilden aber die Anstalten eigene Medizinalbezirke und der Direktor ist für diese der Medizinalbeamte.

Ich halte jedenfalls das Ablegen der Prüfung und die Garantie für den Oberarzt für überflüssig. Wenn der junge Psychiater weiß, daß er in einer bestimmten Zeit mit ausreichendem Gehalt definitiv und mit allen

Rechten des Beamten, wie es die Beschlüsse ja vorsehen, angestellt wird, so dürfte das genügen. Die Befähigung zum Oberarzt und zum Direktor kann er sich selbst erwerben; die erstere wird wohl auch jeder erlangen können.

Referate.

— Magdalena Thumm-Kintzel: Der psychologische und pathologische Wert der Handschrift. Leipzig, Berlin. (Ohne Jahreszahl.) 208 S. Großquart.

Ref. hat für Graphologie nicht viel übrig und wer so trauriges Machwerk, wie Lombrosos Graphologie oder das zwar gediegenere, aber phantastische von Crépieux-Jamin kennt, wird es verstehen. Frau Thumm, die in Amerika Medizin studiert hat und psychiatrische Kenntnisse besitzt, hat ein bei weitem besseres Buch geschrieben. Sie ist original und ernst, freilich vermag sie wohl kaum zu überzeugen, da zuviel Subjektives in den Erklärungen ist und es eindeutige Zeichen wohl kaum geben wird. Auch an ein „Irrsinnszeichen" glaube ich nicht. Höchst wertvoll und anregend aber sind die psychologischen Bemerkungen aller Art, nicht am wenigsten die kinderpsychologischen. Insofern sei das obige Buch dem Psychiater und Psychologen empfohlen. Näcke.

— Ärztliches über Sprechen und Denken, von Prof. G. Anton, Halle a. S. Nach einem Vortrage gehalten in der Aula der Universität am 27. Januar 1907. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1907. Preis 0,80 M.

Verfasser kommt zu dem Schluß, daß die Sprache nicht nur für die Mitteilung, sondern auch für die Bildung der Gedanken unentbehrlich ist. „Der zentrale Apparat der Sprachbildung ist gleichzeitig ein Denkapparat." Jeder Gedanke, der nicht in Worte gefaßt und fixiert ist, fällt rasch in Unbestimmtheit und Vergessenheit zurück.

Plesch, Hubertusburg.

— Zur Psychologie und Therapie neurotischer Symptome. Eine Studie auf Grund der Neurosenlehre Freuds von Dr. Arthur Muthmann, II. Arzt des Kurhauses Bad Nassau, früherem II. Arzt der Psychiatrischen Klinik der Universität Basel. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. 1907. Preis 2,— M.

Veranlassung zu vorliegender Arbeit geben die guten therapeutischen Erfahrungen, die der Verf. mit der psychanalytischen Methode bei Neurosen und Psychoneurosen machte. Der Verf. steht vollkommen auf dem Boden der Freudschen Lehre. Zum Auffinden der Reminiszenzen wendet er allerdings im Gegensatz zur Freudschen Wachsuggestion und dem Deutungsverfahren stets nur die Hypnose an, die in schonenderer Weise bessere und objektivere Ergebnisse liefern soll. Plesch, Hubertusburg.

— Rohleder, Vorlesungen über Geschlechtstrieb und gesamtes Geschlechtsleben des Menschen. I. Bd. Verlag von Fischers mediz. Buchhandlung H Kornfeld, Berlin 1907. Preis Mk. 10,—.

Der durch seine Veröffentlichungen auf dem Gebiete des normalen und des pathologischen Geschlechtslebens seit Jahren bekannte Leipziger Spezialarzt Dr. Rohleder hat im Laufe dieses Jahres die zweite Auflage seiner „Vorlesungen über Geschlechtstrieb und gesamtes Geschlechtsleben des Menschen" in veränderter Form und mit reichlich vermehrtem Inhalt herausgegeben. Der uns vorliegende I. Band behandelt das „normale, anormale und paradoxe Geschlechtsleben". Existiert auf diesem Gebiete eine Flut von — unseres Bedünkens vielfach recht überflüssiger — Literatur, so wendet sich das Buch Rohleders nicht an die Laien, sondern nur an die Ärzte. Diese sollen in den Stand gesetzt werden, alles in der Praxis über das Sexualleben Vorkommende beurteilen zu können. „Wissenschaftlichkeit, Klarheit und Kürze" waren die Hauptziele des Verfassers, die auch in der Tat, wie seine früheren Werke, so auch dieses auszeichnen.

Es kann hier über den 600 Seiten umfassenden Band kein eingehendes Referat erstattet werden; es mag daher ein Hinweis auf den Inhalt genügen.

Der erste Teil handelt in 18 Vorlesungen von dem normalen und anormalen Geschlechtstrieb, der zweite Teil in zehn Vorlesungen von der normalen und anormalen Kohabitation, der dritte Teil ist in vier Vorlesungen Betrachtungen über die natürliche, pathologische und künstliche Konzeption gewidmet.

Ein ausführliches Inhaltsverzeichnis über die einzelnen Kapitel erleichtert dem praktischen Arzte die rasche Orientierung über die an ihn in der Praxis herantretenden Fragen aus dem Sexualleben.

Roth-Eglfing.

— Irrenanstalten! Ein Beitrag zur Beurteilung moderner Irrenpflege auf Grund persönlicher Erlebnisse von Fr. Guttenberger. Verlag von Hermann Walther, Berlin W. 30. Preis 3 M.

Das vorliegende Buch bringt einmal wieder eine stattliche Reihe der gewöhnlichen, immer wieder von Zeit zu Zeit auftauchenden sensationellen „Enthüllungen", deren Verfasser wirklich keinen Anspruch darauf machen kann, ernst genommen zu werden.

Plesch, Hubertusburg.

— Der Schlaf des Andern. Eine naturwissenschaftliche Betrachtung über den Schlaf. Von Dr. P. Kronthal, Berlin. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. 1907. Preis 0,80 M.

Nach Ansicht des Verfassers ist eine Einigkeit in der Beurteilung des Schlafes nur dann zu erzielen, wenn man vom eigenen Empfinden absieht und den-

selben lediglich naturwissenschaftlich betrachtet, d. h. an Sinneseindrücke anknüpft, indem man den Schlaf des Andern untersucht. Als Schlaf will er einen vorübergehenden Zustand, in dem die meisten Reflexe herabgesetzt bis aufgehoben sind, angesehen wissen. Die Psyche gilt dem Verfasser als Summe aller Reflexe. Plesch, Hubertusburg.

— Notwendige Reformen der Unfallversicherungsgesetze. Nach einem auf der Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 1. Juni 1907 erstatteten Referat. Von Prof. Dr. A. Hoche, Freiburg i. Bg. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. Preis 0,75 M.

H. kommt in seiner Arbeit zu dem Ergebnis, daß 1. ein großer Teil von traumatischen Neurosen durch die Unfallgesetze zustande kommen, 2. daß diese Fälle unter Voraussetzung der jetzt bestehenden gesetzlichen Bestimmungen größtenteils nicht zur Heilung kommen, grundsätzlich aber als heilbar anzusehen sind. Die unter Mitwirkung der Ärzte anzustrebende Reform der Unfallversicherungsgesetze hat sich auf folgende Punkte zu erstrecken: a) Beseitigung aller vermeidbaren seelischen Schädlichkeiten im Entschädigungsverfahren, b) Regelung der Erziehung zur Arbeit, c) Ausdehnung der einmaligen Kapitalabfindung an Stelle des fortlaufenden Rentenbezugs.
Plesch, Hubertusburg.

— Das heutige Irrenwesen. Leitfaden für Angehörige und Pfleger von Geisteskranken. Von Dozent D. J. Finckh, I. Ass.-Arzt der psychiatrischen Klinik in Tübingen. Mit 17 Abbildungen im Text. Verlag der „Ärztlichen Rundschau" (Otto Gmelin), München.

Die vorliegende Schrift behandelt in kurzer und klarer Weise einige der wichtigsten Fragen, die sich aus dem Irresein für den Kranken und seine Umgebung ergeben. Es ist dabei weniger Wert auf theoretische Erörterungen als auf den Zweck, einem praktischen Bedürfnis zu genügen, gelegt.
Plesch, Hubertusburg.

— Über den Einfluß der Geschlechtsfunktionen auf die weibliche Kriminalität. Von Dr. jur. Siegfried Weinberg, Berlin. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. 1907. Preis 1,— M.

Verf. macht auf Grund zahlreicher eigener und fremder Forschungsergebnisse darauf aufmerksam, daß die normalen organischen Veränderungen im weiblichen Geschlechtsleben, wie Pubertät, Menstruation, Schwangerschaft und Klimakterium einen bedeutenden Einfluß auf die Kriminalität des Weibes ausüben. Nach seiner Ansicht müßten diese Faktoren in der modernen Rechtsprechung viel mehr berücksichtigt werden, als dies bis jetzt geschieht. Plesch, Hubertusburg.

— Psychiatrie und Hygiene in den Erziehungsanstalten. Eine Anleitung für Lehrer Seelsorger und Erzieher. Von Privatdozent Oberarzt Dr. Dannemann, Gießen. Verlag der Agentur des Rauhen Hauses, Hamburg 26. Preis 2,— M.

Nachdem in den ersten Abschnitten auf die Bedeutung von Gehirn und Seele für die weitere Entwicklung des Seelenlebens des Kindes hingewiesen worden ist, kommt Verf. des weiteren auf die psychischen Abnormitäten und die während der Jugendzeit ausbrechenden Geisteskrankheiten nebst Behandlung einzelner abnormer Zustände zu sprechen. Die folgenden Abschnitte handeln von der Hygiene derartiger Erziehungsanstalten, sowie von der Erziehung zur Arbeit. Ein vorgedruckter Fragebogen nebst Erläuterungen bilden den Schluß des Buches.
Plesch, Hubertusburg.

— Die ärztliche und erziehliche Behandlung von Schwachsinnigen in Schulen und Anstalten und ihre Versorgung. Von Sanitätsrat Dr. L. Laquer, Nervenarzt in Frankfurt a. M. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. 1907. Preis 1,50 M.

In vorliegendem Buch wird die Erziehung von Schwachsinnigen in besonderen Hilfsschulen besprochen. Die Ansprüche dürfen hier nicht zu hoch gestellt werden, und mußte mehr Wert auf Anschauung und Handfertigkeit als auf Wortwissen und Rechnen gelegt werden. Besonders vorgebildete Lehrer sollen dabei mit den beratenden psychiatrisch vorgebildeten Schulärzten Hand in Hand gehen. Nach de Schulentlassung müßte durch Unterbringung in besonderen Anstalten, Arbeitslehrkolonien, bei Kleinhandwerkern usw. für Erziehung zur Arbeit gesorgt werden. Der letzte Abschnitt des Buches befaßt sich mit dem jetzigen Fürsorgeerziehungsgesetz und dessen Mängeln, sowie Vorschlägen zu deren Beseitigung und Einführung von Verbesserungen.
Plesch, Hubertusburg.

— Die Tetanie der Erwachsenen. Von Prof. Dr. L. v. Frankl-Hochwart. Zweite, vielfach umgearbeitete Auflage. Wien und Leipzig. 1907. K. und K. Hof- und Universitätsbuchhändler, Buchhändler der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften. Preis 3,80 M.

Das vorliegende hochinteressante Werk des bek. Verf. hat in seiner zweiten Bearbeitung insofern eine Umarbeitung erfahren, als in den Kapiteln „Vorkommen" und „Ätiologie" Zusätze und Änderungen besonders mit Rücksicht auf die neueren Forschungsergebnisse über die Bedeutung der Epithelkörperchen vorgenommen werden mußten. Auch das Kapitel „Symptomatologie" erfuhr eine Erweiterung, während das Kapitel „Prognose" nach den neuesten Erfahrungen vollständig umgestaltet werden mußte. Manche Veränderungen erfuhren auch die Kapitel „Diagnose, Pathologische Anatomie und Therapie". Das in der ersten Bearbeitung über Kindertetanie Gesagte kam in der neuen Bearbeitung ganz in Wegfall.
Plesch, Hubertusburg.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. **Nr. 48. 1908.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**
Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 48. 22. Februar **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zur Frage der Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthalts auf die Strafzeit. (§ 493 St. P. O.)

Von Dr. *Peter Rixen*, leitender Arzt der Irrenabteilung am Königl. Strafgefängnis in Breslau.

In Nr. 26 dieser Zeitschrift hatte ich an der Hand mehrerer Gerichtsbeschlüsse die Frage erörtert, ob im Falle geistiger Erkrankung während der Strafverbüßung der Irrenanstaltsaufenthalt auf die Strafzeit anzurechnen sei, und dieselbe auf Grund der Bestimmung des § 493 Str. P. O. entschieden bejaht. Die Frage an sich ist eine rein juristische und muß als solche entschieden werden, unbekümmert um die aus ihrer Beantwortung sich ergebenden Konsequenzen. Sowohl die Entstehung wie der Wortlaut des § 493 Str. P. O. lassen nun darüber keinen Zweifel, daß es in der Absicht des Gesetzgebers gelegen hat, dem geistig erkrankten Gefangenen den Aufenthalt in der Irrenanstalt auf die Strafzeit anzurechnen. In dem Entwurf des Gesetzes heißt es ausdrücklich: „Ist der Verurteilte nach Beginn der Strafvollstreckung wegen körperlicher oder geistiger Krankheit in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht worden, so ist die Dauer des Aufenthaltes in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen." Bei der dritten Lesung wurde statt „wegen körperlicher oder geistiger Krankheit" die Fassung „wegen Krankheit" gewählt, weil dieser Ausdruck schon genüge. Die Absicht des Gesetzgebers, den Irrenanstaltsaufenthalt auf die Strafzeit in Anrechnung zu bringen, ist demnach erwiesen. Auch der Wortlaut des § 493 spricht klar und deutlich aus, daß bei Krankheit eines Strafgefangenen der Krankenhausaufenthalt in die Strafzeit einzurechnen sei. Die bisher geübte Methode der Haftentlassung bei geistiger Erkrankung eines Strafgefangenen durch die Verwaltungsbehörden läßt sich mit der Bestimmung der Str. P. O. nicht in Einklang bringen, ja widerspricht dieser direkt. Aschaffenburg hat das in Preußen gebräuchliche Verfahren der Haftentlassung mit Recht als „Umgehung des Gesetzes" bezeichnet. Der Strafrechtslehrer Prof. Heimberger in Bonn stimmte Aschaffenburg völlig bei und betonte, daß es zum Zwecke der Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes nicht einer Änderung des Gesetzes, sondern lediglich der Befolgung des bestehenden Gesetzes bedürfe. (Hauptversammlung des Vereins der deutschen Medizinal-Beamten in Heidelberg 1905.)

Dasselbe hat bereits 1902 Landrichter Dr. Wittich-Hamburg in der Deutschen Juristenzeitung ausführlich dargelegt, aus dessen Ausführungen ich folgende Stellen hervorhebe (Unterbrechung der Strafvollstreckung bei Geisteskrankheit des Verurteilten, Deutsche Juristenzeitung, Bd. VII, S. 318):

„Die Machtvollkommenheit der strafvollstreckenden Behörden und selbst der Landesgesetzgebung ist durch §§ 481—495 Str. P. O. ausdrücklich, sowie durch die als selbstverständlich vorausgesetzten allgemeinen Rechtsgrundsätze beschränkt. Diese gehen aber dahin, daß der zu einer Freiheitsstrafe von bestimmter Dauer Verurteilte ein Recht darauf hat, diese Strafe in einem ununterbrochenen Zeitraume zu verbüßen. Während daher die Str. P. O. in den §§ 487, 488 einige Vorschriften über einen den Verurteilten zu bewilligenden Aufenthalt einer noch nicht angetretenen Freiheitsstrafe gegeben und dadurch das an sich anerkannte Recht der Behörde, eine rechtskräftige Strafe sofort zu vollziehen, eingeschränkt hat, hat sie es nicht für erforderlich erachtet, hinsichtlich der Unterbrechung bereits angetretener Freiheitsstrafen besondere Bestimmungen zu treffen. Selbstverständlich ist eine solche an sich statthaft, gemäß §§ 487, 488 eine Unterbrechung ohne Zustimmung des Verurteilten aber jedenfalls unstatthaft. Dabei ist es gleichgiltig, ob die Unterbrechungen auf Willkür oder auf behördlichen Zweckmäßigkeitsgründen beruhen. Denn auch darunter darf der Verurteilte unverschuldet nicht leiden, darf ihm die Möglichkeit, sich eine neue wirtschaftliche Existenz zu gründen, nicht verzögert werden

Auch § 23 Str. G. B. steht auf diesem Standpunkt. Sogar die Wohltat der vorläufigen Entlassung im Falle guter Führung ist nur mit Zustimmung des Gefangenen statthaft. § 493 enthält nichts als eine Bestätigung desselben Grundsatzes. Die Entscheidung, ob dem entgegen etwa ein eigenes Verschulden vorliegt, hat nach Abs. 2 das. das Gericht, nicht die Staatsanwaltschaft zu treffen. Hieraus folgt, daß § 493 Abs. 1 eine den Strafvollzug betreffende Richtung, nicht eine bloß instruktionelle Anweisung über die Strafanrechnung enthält. § 493 ist daher dahin auszulegen:

Erkrankt ein Verurteilter nach Antritt der Strafe, so ist ihm die in einer mit der Gefangenenanstalt verbundenen Krankenanstalt zugebrachte Zeit mit anzurechnen. Dasselbe muß geschehen, wenn infolge der Unzulänglichkeit des Gefängnislazaretts oder aus anderen praktischen Gründen die Überführung in eine von der Gefangenenanstalt getrennte Krankenanstalt erfolgt. Daß in einem solchen Falle die Form der Strafvollstreckung eine weniger intensive sein kann, soll dem Verurteilten nicht zum Nachteil gereichen, sofern er die Verbringung in die getrennte Anstalt nicht selbst verschuldet hat. Aber selbst ein dahin gehendes Verschulden kommt nur dann in Betracht, wenn der Gefangene gerade in der Absicht, eine derartige Unterbrechung in der Strafvollstreckung herbeizuführen, die Krankheit verursacht hat. Ein Selbstmordversuch würde also als auf solcher Absicht beruhend regelmäßig nicht angesehen werden können. Diese Auslassung entspricht der Humanität, welche offenbar zu der Bestimmung des § 493 geführt hat, die gegenteilige Ansicht beruht darauf, zweifelhafte Bestimmungen zum Nachteil des Angeklagten auszulegen. — Einen Unterschied zwischen sonstigen Krankheiten und Geisteskrankheit zu machen ist unstatthaft."

Kann demnach darüber kein Zweifel obwalten, daß der § 493 die gesetzliche Bestimmung enthält, daß dem geisteskranken Gefangenen der Aufenthalt in der Irrenanstalt anzurechnen ist, so entbehrt andererseits das Verfahren der Haftentlassung bei Geisteskrankheit der gesetzlichen Grundlage. Die Haftentlassung erfolgt auf dem Verwaltungswege durch die preußischen Minister des Innern und der Justiz. Schon aus dem formellen Grunde, daß diese Verfügungen der preußischen Minister dem Reichsgesetz, dem § 493 der Str. P. O. direkt widersprechen, sind diese rechtsungiltig. Derselben Auffassung ist das Oberlandesgericht in Düsseldorf. Der Gefangene Sch. war zweimal durch die Verfügungen der Minister des Innern und der Justiz aus der Strafhaft entlassen worden. Trotzdem erklärte das Gericht: „Eine Haftentlassung und damit Strafunterbrechung liegt hier nicht vor. Die Entlassung (d. i. durch die Verfügungen der Minister) hat nur formellen Charakter." Ebenso entschied dasselbe Oberlandesgericht vor kurzem bei dem Gefangenen B., der zweimal durch Verfügungen der Minister aus der Haft entlassen worden war. Dazu kommt, daß die formelle Haftentlassung durch die Verfügungen der preußischen Minister eine materielle Entlassung nicht zur Folge hat. Das Oberlandesgericht in Colmar (Entsch. vom 7. Juli 1891) und die eben erwähnten Entscheidungen des Oberlandesgerichts in Düsseldorf erklären, daß „von einer materiellen Haftentlassung nur dann die Rede sein kann, wenn der Gefangene seine freie Willensbestimmung wieder erhält, d. h. vor allem sich dorthin begeben kann, wohin er will". Bei den Geisteskranken übernimmt der Vormund bezw. der Pfleger die Bestimmung des Wohnsitzes. Der geisteskranke Gefangene jedoch wird nach seiner formellen Entlassung aus der Haft der Polizeibehörde zur Verfügung gestellt und diese veranlaßt seine Unterbringung in einer Irrenanstalt. Nicht selten richtet der Staatsanwalt an die Direktion der Irrenanstalt Anfragen über den Zustand des geisteskranken Gefangenen und die Leitung der Irrenanstalt ist verpflichtet, vor einer Entlassung die Genehmigung der Polizeibehörde, welche wiederum mit der Staatsanwaltschaft in Verbindung tritt, einzuholen. Es ist mir kein Fall bekannt, in welchem der geisteskranke Gefangene den Angehörigen, seinem Vormund oder Pfleger zur zweckmäßigen Unterbringung und Verwahrung zur Verfügung gestellt wurde, wie dies nach einer wirklichen Aufhebung der Strafhaft sein müßte, sondern die Überführung in die Irrenanstalt erfolgte stets zwangsweise durch die Polizeibehörde und vielfach unter der Bedingung, daß im Falle der Genesung des Erkrankten seine Wiedereinlieferung in die Strafanstalt zur weiteren Strafverbüßung erfolgt. Hieraus geht hervor, daß die durch die preußischen Minister des Innern und der Justiz angeordnete Haftentlassung eines während der Strafverbüßung geistig erkrankten Gefangenen formell wie materiell der Rechtsgültigkeit entbehrt.

Der folgende Beschluß des Oberlandesgerichts in Düsseldorf vom 17. November 1907 vertritt im wesentlichen die in meinen Ausführungen dargelegte Auffassung.

Beschluß.

In der Strafsache gegen den Klempnergehülfen Friedrich B. aus Meiningen, z. Z. in der Strafanstalt

zu Münster i. W. wegen Unternehmens der Verleitung zum Meineid hat auf die sofortige Beschwerde des pp. gegen den Beschluß des Königl. Landgerichts, Ferienstrafkammer zu Elberfeld vom 12. August 1907, durch welchen sein Antrag, ihm die Zeit, welche er in der Irrenanstalt zu Hildburghausen verbracht hat, auf die Strafzeit einzurechnen, abgelehnt worden ist, der Ferienstrafsenat des Königl. Oberlandesgerichts in Düsseldorf vom 13. September 1907 beschlossen: Der angefochtene Beschluß wird teilweise aufgehoben. Es wird angeordnet, daß dem Strafgefangenen Friedrich B. diejenige Zeit, die er nach dem 5. September 1904 in der Irren-Heil- und Pflegeanstalt in Hildburghausen verbracht hat, auf die erkannte Zuchthausstrafe von vier Jahren und einer Woche anzurechnen ist. Im übrigen wird die Beschwerde verworfen.

Gründe.

Der Beschwerdeführer, welcher in der Strafanstalt zu Münster i. W. eine vom 4. Mai 1899 ab laufende Zuchthausstrafe von vier Jahren und einer Woche verbüßte, ist auf Grund einer Verfügung der Herren Minister des Innern und der Justiz vom 26. März 1902 und 2. Oktober 1906 zuerst am 15. April 1902 und nochmals am 16. Oktober 1906 von der Gefängnisverwaltung aus der Strafhaft entlassen und durch die Polizeibehörde in die Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Hildburghausen gebracht worden. Er wurde — nachdem er zeitweilig flüchtig gewesen war — zuerst am 23. Juli 1906 und zuletzt am 28. Juni 1907 auf Ersuchen der Staatsanwaltschaft zu Elberfeld (Strafvollstreckungsbehörde) in die Strafanstalt zu Münster zurückgebracht. Sein Antrag, die in der Irrenanstalt zu Hildburghausen verbrachte Zeit auf die Zuchthausstrafe einzurechnen, ist durch den angefochtenen Beschluß abgelehnt worden, da die Unterbrechung der Strafzeit durch Verfügung des Ministers des Innern angeordnet gewesen sei und die Voraussetzungen für eine Anrechnung nicht gegeben seien. Der form- und fristgerecht eingelegten Beschwerde ist der teilweise Erfolg nicht zu versagen. Nach § 493 Str. P. O. ist, wenn der Verurteilte nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht worden ist, die Dauer des Aufenthalts in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen, wenn nicht der Verurteilte mit der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, die Krankheit herbeigeführt hat. Unzweifelhaft liegt eine Erkrankung im Sinne dieser Vorschrift vor, wenn der Gefangene geistig erkrankt. Es sind auch im vorliegenden Fälle keine Anhaltspunkte dafür vorhanden, daß der Beschwerdeführer seine Krankheit, infolge derer seine Überführung erfolgte, absichtlich herbeigeführt hat. Die eigentliche Strafhaft, die Detention des Gefangenen in der Strafhaft selbst, ist nun allerdings durch die Überführung in die Irrenheilanstalt unterbrochen worden. Das steht aber der Anwendung des § 493 Str. P. O. nicht entgegen. Eine Unterbrechung der eigentlichen Strafhaft in der Strafanstalt setzt das Gesetz vielmehr gerade voraus, wenn es bestimmt, daß der Zeitraum auf die Strafzeit eingerechnet werden soll, der nicht in der Strafanstalt, sondern in einer von derselben getrennten Krankenanstalt verbracht ist. Daß dies der Sinn des übrigens auch klaren Wortlauts des Gesetzes ist, ergibt unzweideutig die Entstehungsgeschichte des § 493 Str. P. O. Derselbe ist, wie die Protokolle der Reichstagskommission (S. 708—720, Hahn S. 1133—1135) ergeben, von der Kommission auf Antrag eines Abgeordneten in das Gesetz aufgenommen worden. Vom Antragsteller wurde vorgebracht: Wenn ein Gefangener erkranke und in einer zur Strafanstalt gehörigen Krankenabteilung gepflegt werde, so werde die Zeit dieser Verpflegung auf die Strafdauer eingerechnet. Sein Antrag bezwecke, dasselbe für den Fall zu erreichen, daß der Gefangene in einer anderen, nicht zur Strafanstalt gehörigen Krankenanstalt untergebracht würde. Das geschehe meist deshalb, weil es wegen der Einrichtungen der Strafanstalten in den meisten Staaten nicht möglich sei, den Kranken in der Anstalt zu behalten. Ein anderer Abgeordneter hob hervor, dadurch sei der Gefangene schon so gestraft, daß ihn die menschliche Strafe nicht nochmals zu treffen brauche. In diesem Sinne wurde der Antrag angenommen. Der Gesetzgeber wollte also, daß der kranke Gefangene, der wegen Unzulänglichkeit der Einrichtungen der Strafanstalt ohne sein eigenes Verschulden aus der Strafanstalt und der Haft entlassen und außerhalb derselben untergebracht werden muß, nicht dadurch schlechter gestellt werde, daß sich infolgedessen die Beendigung seiner Strafzeit verzögere.

Ist somit eine Unterbrechung der Strafhaft Voraussetzung des § 493, so setzt andererseits das Gesetz aber auch voraus, daß der Gefangene in die getrennte Krankenanstalt „gebracht“ worden ist. Damit ist der Fall ausgeschlossen, wo der Gefangene einfach entlassen, auf freien Fuß gesetzt worden ist. Wenn der Gefangene in solchem Falle sich auch in eine Krankenanstalt begibt, so ist er doch nicht dorthin „gebracht“. Ebensowenig ist dies im Sinne des Gesetzes der Fall, wenn er nach förmlicher Entlassung durch seine Angehörigen oder selbst durch die Behörden in die Krankenanstalt gebracht wird. Das Wort „gebracht“ setzt in dem Zusammenhang des § 493 nicht nur voraus, daß die Überführung in die Krankenanstalt unfreiwillig, mit einem gewissen Zwang, sondern auch, daß sie nicht lediglich aus privater oder öffentlicher Fürsorge, sondern in einem gewissen Zusammenhang mit der Strafvollstreckung erfolgt. Das ist aber stets der Fall, wenn die Überführung auf Anordnung der Strafvollstreckungsbehörde unter einiger Überwachung der Sicherheit der ferneren Aufbewahrung (Stenglein, § 493 Str. P. O., Anm. 1) oder unter dem Vorbehalt der Rücknahme bei der Möglichkeit der Fortsetzung der Strafhaft (Entsch. des B. A. f. d. Heimatwesen, J. M. Bl. 1891, S. 208) erfolgt. Es ist aber auch dann der Fall, wenn die Strafvollzugsbehörde die Überführung anordnet und durch die Polizei ausführen läßt, ohne daß die Übergabe an die Polizei ersichtlich im Interesse des Gefangenen oder der öffentlichen Ordnung geschieht. In allen solchen Fällen geschieht die fernere Aufbewahrung aber im Interesse des Strafvollzuges, der

Gefangene verbleibt tatsächlich in der Obhut, der Verfügungsgewalt der Vollzugsorgane, er wird trotz Entlassung aus der eigentlichen Strafhaft nicht frei, und deshalb ist auch die Strafvollstreckung nicht unterbrochen. (Stenglein a. a. O. Wulff, Gefängnisse der Justizverwaltung, S. 454 ff., 456 oben, J. M. Bl. 1891, S. 208. Goldtammer, Archiv, Bd. 39, S. 187, Jur.-Ztg., Bd. 7, S. 318.) Der Beschwerdeführer ist nun sowohl 1902 wie 1906 auf Grund der Erlasse der Minister des Innern und der Justiz, daß sie mit der Haftentlassung und Überführung des Gefangenen einverstanden seien, aus der eigentlichen Strafhaft entlassen worden, aber lediglich durch die Gefängnisdirektion ohne Anordnung und anscheinend sogar ohne Vorwissen der zuständigen Staatsanwaltschaft in Elberfeld. Eine förmliche Unterbrechung der Vollstreckung durch die Strafvollstreckungsbehörde liegt schon aus diesem Grunde gar nicht vor. Das ist auch nicht etwa deshalb der Fall, weil der Justizminister die die Überführung gestattenden Erlasse mit unterzeichnet hat; denn der Justizminister ist wohl Aufsichtsbehörde der Staatsanwaltschaften, nicht aber selbst Vollstreckungsbehörde, und kann auch deren Funktionen nicht selbst wahrnehmen (§§ 483 Str. P. O., 146 G. V. G.). Es hat aber auch bei dieser Haftentlassung gar nicht die Absicht bestanden, den Gefangenen wirklich auf freien Fuß zu setzen, also die Strafvollstreckung selbst zu unterbrechen. Das ergibt schon der Erlaß der beiden Minister vom 26. März 1902, in dem ausdrücklich die Bedingung zugefügt ist: „sofern seine weitere Verwahrung in einer Irrenanstalt gesichert erscheint". Tatsächlich ist der Beschwerdeführer dann auch unmittelbar der Polizei in Münster übergeben worden, die ihn in die Irrenanstalt zu Hildburghausen übergeführt hat. Dabei ist nach den Akten weder die Familie des Gefangenen noch der zuständige Armenverband um Übernahme angegangen, noch ist festgestellt worden, daß die zwangsweise Überführung im öffentlichen Interesse, etwa wegen Gemeingefährlichkeit, nötig gewesen sei. Dem Gefangenen ist auch, soweit ersichtlich, nicht eröffnet worden, daß die Strafvollstreckung unterbrochen sei. Als der Gefangene dann in Hildburghausen ausgebrochen war, hat die Staatsanwaltschaft in Elberfeld, obwohl der Gefangene damals als strafvollzugsunfähig galt, Recherchen nach ihm angestellt. Endlich hat, als der Direktor der Irrenanstalt ihn für strafvollzugsfähig erklärte, die Vollzugsbehörde den Gefangenen unmittelbar nach der Strafanstalt zurücktransportieren lassen. Tatsächlich ist somit der Gefangene während seines Aufenthalts in der Irrenanstalt niemals aus der Obhut der Strafvollzugsorgane entlassen, in Freiheit gesetzt oder der Obhut seiner Familie oder des Armenverbandes übergeben worden. Er ist vielmehr direkt aus der Strafhaft unfreiwillig, zwangsweise, auf Anordnung der Vollstreckungsbehörde in die Irrenheilanstalt gebracht und ebenso von dort zurückgebracht worden. Die Lage des Gefangenen ist somit nicht anders gewesen, als wenn er etwa in eine Kranken- oder Irrenabteilung einer anderen Strafanstalt gebracht und dort verpflegt worden wäre; er ist tatsächlich während des Aufenthaltes in der Anstalt in Hildburghausen in der Obhut der Strafvollstreckungsbehörde geblieben. Dem Gefangenen ist deshalb nach § 493 Str. P. O. diese Zeit grundsätzlich in die Strafzeit einzurechnen. Diese Anrechnung kann aber gegenwärtig nur noch für die Zeit nach dem 5. September 1904 angeordnet werden, da über die Zeit vor diesem Tage die Anrechnung bereits rechtskräftig durch die Beschlüsse des Landgerichts zu Elberfeld und des Oberlandesgerichts zu Cöln vom 27. September resp. 12. November 1904 abgelehnt worden ist.

Insoweit war somit die Beschwerde zu verwerfen, im übrigen derselben aber stattzugeben.

Dieser Entscheidung des Oberlandesgerichts in Düsseldorf steht folgender Beschluß des Oberlandesgerichts in Hamm vom 24. September 1907 direkt entgegen.

Beschluß.

In der Strafsache gegen den Tagelöhner Josef S., z. Z. in der Strafanstalt in Münster i. W. wegen Straßenraubes, hat auf die sofortige Beschwerde des Verurteilten gegen den Beschluß der III. Ferienstrafkammer des Königlichen Landgerichts in Essen vom 14. August 1907 der Strafsenat des Königlichen Oberlandesgerichts zu Hamm in seiner Sitzung vom 24. September 1907 den Beschluß gefaßt: Die Beschwerde wird auf Kosten des Beschwerdeführers zurückgewiesen.

Gründe:

Der Beschwerdeführer, der durch rechtskräftiges Urteil des Königlichen Schwurgerichts in Essen vom 14. April 1902 wegen Straßenraubes zu einer Zuchthausstrafe von sechs Jahren, unter Anrechnung von zwei Monaten der erlittenen Untersuchungshaft, verurteilt ist, hat seine Strafe am 15. April 1902 angetreten. Am 5. März 1906 ist er in die Provinzialheilanstalt Warstein überführt worden, von dort im April 1906 entwichen und nach seiner Wiederergreifung bis zu seiner im März 1907 erfolgten Überführung in die Strafanstalt zu Münster in der Provinzialpflegeanstalt in Eickelborn gewesen. Er hat den Antrag gestellt, entgegen der Strafberechnung der Königlichen Staatsanwaltschaft, die Zeit seines Aufenthaltes in den Irrenanstalten auf die zu verbüßende Strafe anzurechnen. Gegen den diesen Antrag ablehnenden oben näher bezeichneten Beschluß richtet sich die fristgerecht eingelegte Beschwerde. Die Zulässigkeit des Antrags ergibt sich aus § 490 Abs. 1 St. P. O. Die Ablehnung ist jedoch zu Recht erfolgt. Vor der Überführung des Verurteilten in die Provinzialheilanstalt in Warstein ist die Entlassung desselben aus der Haft durch gemeinsame Entscheidung des Justizministers und des Ministers des Innern vom 21. Febr. 1906 erfolgt. Die Auffassung des Beschwerdeführers, daß diese Verfügung den Vorschriften der St. P. O. widerspreche, ist eine irrige. Abgesehen von der für das Wiederaufnahmeverfahren bestehenden Bestimmung des § 400 St. P. O. wird eine Unterbrechung der Strafvollstreckung nur in § 490 Abs. 3 St. P. O. erwähnt, der aber, wie sich aus Abs. 2 das. ergibt, zur Voraus-

setzung hat, daß vor Beginn der Strafvollstreckung Strafaufschub beantragt war. Im übrigen enthält die St. Pr. O. keine Bestimmungen darüber, in welchen Fällen eine begonnene Strafvollstreckung unterbrochen werden kann. Es kommen deshalb hierfür nur die im Verwaltungswege getroffenen Bestimmungen, hier der Erlaß des Justizministers vom 7. Juni 1881 und der Runderlaß des Ministers des Innern, mitgeteilt durch Erlaß des Justizministers vom 13. August 1886 in Betracht, in deren Anwendung die Haftentlassung des Verurteilten vor seiner Überführung in die Irrenanstalt erfolgt ist. Nach diesem Zeitpunkte hat der aus der Haft entlassene Beschwerdeführer, wie die Strafakten ergeben, nicht mehr der Verfügung der Strafvollstreckungsbehörde unterstanden, die vielmehr erst dann wieder eingegriffen und die Vollstreckung der Reststrafe angeordnet hat, als sie das mit Rücksicht auf die Besserung des Geisteszustandes des Verurteilten für angängig erachtete. Die Vorschrift des § 493 St. P. O. kann hiernach auf den vorliegenden Fall keine Anwendung finden, und die Ablehnung des Antrags, die Dauer des Aufenthalts in den Irrenanstalten in die Strafzeit einzurechnen, ist begründet. Demnach war die sofortige Beschwerde zurückzuweisen und zwar nach § 505 St. P. O. auf Kosten des Beschwerdeführers. **(Fortsetzung folgt.)**

Ein Vorschlag zur Verbesserung der irrenärztlichen Karriere.

Von Oberarzt Dr. *Wagner*, Bayreuth.

Zu dem Artikel „Gehalt und Anstellungsbedingungen der Ärzte an den Irrenanstalten" in Nr. 45 dieser Zeitschrift möchte ich in Kürze noch eines Vorschlages Erwähnung tun, der, wenn ich mich nicht täusche, zum ersten Male bereits im Jahre 1906 auf der Versammlung des „Vereins bayerischer Psychiater" zu Würzburg gemacht wurde: Könnten nicht, um die Avancements-Verhältnisse zu verbessern und so die psychiatrische Karriere erstrebenswerter zu machen, an größeren Anstalten neue, zwischen dem Oberarzte und dem Direktor liegende Stellen geschaffen werden, etwa in der Form eines „Kondirektors" nach Analogie des „Konrektors"*), wie dies bei uns in Bayern schon längere Zeit bei den Lehrern an den humanistischen, Realgymnasien usw. der Fall ist? Auch dort gibt es nur drei Vorrückungsstufen, den Gymnasiallehrer, der ungefähr unserem Anstalts- bezw. Abteilungsarzte zu vergleichen wäre, den Gymnasialprofessor, der vielleicht unseren Oberärzten entspräche und den Rektor = unserem Direktor.

Ein weiterer, etwas modifizierter Vorschlag wäre der folgende: Man verleihe den älteren, entsprechend qualifizierten Oberärzten, welche innerhalb zehn bis zwölf Jahren wegen Mangels an Direktorstellen eine solche nicht zu erreichen vermochten, künftighin „Titel, Rang und Gehalt" eines Direktors, wie wir ja ähnliche Verhältnisse in fast allen Beamtenkategorien finden! —

Ja, könnte man mir einwenden, wird es dann zwischen den beiden Direktoren nicht zu beständigen Reibereien, zu Kompetenzkonflikten, Eifersüchteleien usw. kommen? Wohl ebenso wenig als dies bei den Rektoren und Konrektoren der Fall ist, wenn nur die Rechte und Pflichten jeder Stelle genau festgesetzt und ihr Wirkungskreis scharf abgegrenzt ist. Ich denke mir die Dinge so, daß der Direktor und Anstaltsvorstand hauptsächlich die Verwaltungsangelegenheiten übernehmen müßte, während dem Kon- oder Titular-Direktor vorwiegend der ärztliche Teil des Dienstes zufallen sollte. Auf diese Zweiteilung des Dienstes hat auch bereits Dr. Vocke-Eglfing in seinem grundlegenden Referate über die Lage des irrenärztlichen Standes, pag. 18 hingewiesen.

Die Erlangung einer Direktorstelle im angeregten Sinne würde wenigstens einen befriedigenden Abschluß der psychiatrischen Laufbahn bedeuten. Wenn dagegen ein junger Kollege schon nach drei Jahren die Stelle eines Oberarztes erreicht und weiterhin geringe oder gar keine Aussicht mehr besitzt, über diese Stellung hinaus zu avancieren, so ist es doch eine trostlose Lage, über die auch eine ausreichende Besoldung nicht ganz hinwegzuhelfen vermag. Die Kreierung von Kon- bezw. Titulardirektoren wäre auch ein vorzügliches Mittel, gleichmäßigere und weniger von Glück und günstigen Zufällen abhängige Avancement-Verhältnisse zu schaffen und mancherlei Unterschiede in den Beförderungsbedingungen einigermaßen wieder auszugleichen!

Ich stelle mir die psychiatrische Karriere ganz ähnlich vor wie sie Dr. Vocke in Nr. 13 dieser Zeitschrift angegeben hat, nur daß sich zwischen Stufe III und IV noch der Kon- oder Titulardirektor, oder wie man ihn sonst heißen mag, einschieben würde. Auch in dem Punkte bin ich voll und ganz der Ansicht Vockes, daß nichts mehr die Initiative lähmt und die Berufsfreudigkeit ertötet, als ein trost-

*) Die Rektoren und Konrektoren beziehen gleiches Anfangsgehalt.

loses Avancement, wie es die mangelhafte Differenzierung eines Beamtenkörpers bedingt. Was deshalb dringend not tut, ist die Schaffung besserer Beförderungsverhältnisse mit möglichst großer Selbständigkeit nach dem Prinzipe der Arbeitsteilung. Allerdings bedürfen nach der gegenwärtigen Lage in erster Linie die mittleren Stellen in der irrenärztlichen Laufbahn einer durchgreifenden Verbesserung insbesondere in materieller Hinsicht — und das wird allgemein anerkannt —, dabei soll aber das Endziel der Karriere, der „Direktor" weit öfter und leichter wie bisher den Anstaltspsychiatern erreichbar sein! Gerade die Vermehrung der End- bezw. Direktorstellen wäre das wirksamste Mittel, den Beruf des Anstaltspsychiaters, der an und für sich wenig Anziehendes an sich hat, verlockender und begehrenswerter zu machen. Damit könnte auch die Frage hinsichtlich des ärztlichen Nachwuchses, welche nach wie vor eine brennende ist, um ein gutes Stück ihrer Lösung näher gebracht werden.

Ein Kurs über Familienforschung und Vererbungslehre.

Von Professor Dr. *Sommer* in Gießen.

Bei den beiden Kursen, die 1906 und 1907 in Gießen einerseits über Behandlung und Erziehung der angeborenen Schwachsinnigen, andererseits über forensische Psychologie und Psychiatrie abgehalten worden sind, ist an wesentlicher Stelle die angeborene Anlage und ihre Bedeutung für das Gebiet der Psychologie, Psychiatrie, Pädagogik und Kriminalpsychologie behandelt worden. Gerade die Darstellung dieses wichtigsten Faktors der menschlichen Handlungen hat bei den beiden Kursen, wie ich wohl sagen darf, das lebhafte Interesse von nicht nur in ihrem Fache, sondern auch im weiteren Umkreise des praktischen Lebens erfahrenen Ärzten, Lehrern, Juristen und auch Geistlichen erregt.

Da die angeborne Anlage im Zusammenhang mit der medizinischen Psychologie nur auf dem Boden einer methodischen Familienforschung verstanden werden kann, wurde schon bei den genannten Kursen hierauf mehrfach Bezug genommen. Es haben sich nun gerade in den letzten Jahren die Beziehungen des Studiums der angebornen Anlage und der Familienforschung einerseits zu der Genealogie, andererseits zu den naturwissenschaftlichen Erfahrungen im Gebiete der körperlichen Medizin, der Entwicklungsgeschichte, sowie der Botanik und Zoologie, besonders was die Entstehung und Züchtung von Arten betrifft, so eng gestaltet, daß es nahe liegt, die bei den früheren Kursen gegebene Darstellung der angebornen Anlage in den genannten Richtungen zu vervollständigen, ähnlich wie ich es in dem Buch über Familienforschung und Vererbungslehre getan habe. Dabei erscheint es nötig, bei einem Kurse dieser Art die Behandlung der genannten Teilaufgaben in die Hände von erfahrenen Fachmännern zu legen, um das ganze Gebiet von allen Seiten zu beleuchten.

Auf Grund von diesen Überlegungen ist nunmehr der bestimmte Plan entstanden, Anfang August (3. bis 6.) dieses Jahres an der Universität Gießen einen Kurs dieser Art zu veranstalten.

Die Wahl der Zeit ist dadurch bedingt, daß im Frühjahr 1908 (23. bis 26. April) der III. Kongreß für experimentelle Psychologie in Frankfurt a. M. stattfindet, so daß für den Kurs erst die Zeit am Schluß des Sommersemesters in Betracht kommt.*)

Die Darstellung der angebornen Anlage im Gebiete der normalen Psychologie, Psychopathologie und Kriminalpsychologie soll wie bei den beiden früheren Gelegenheiten von mir und Professor Dannemann in Gießen geschehen. Zur Behandlung des genealogischen Teils hat sich Herr Dr. Kekule von Stradonitz in Lichterfelde als bekannter Sachverständiger in diesem Gebiete auf meinen Wunsch bereit erklärt. Außerdem werden folgende Themata aus den damit zusammenhängenden Gebieten behandelt werden:

1. Die Keimzellen und ihre Entwickelung, von Dr. Strahl, Professor der Anatomie in Gießen.

2. Die Vererbung körperlicher Krankheiten.

3. Über Variation, Vererbung und Artenbildung bei den Pflanzen von Dr. Hansen, Professor der Botanik in Gießen.

*) Im Hinblick auf eine Reihe von Anfragen bemerke ich hierbei, daß eine Wiederholung des internationalen Kursus für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie im Frühjahr 1909 d. h. vor dem Jahre des internationalen Kongresses für Kriminal-Anthropologie stattfinden soll, eine Wiederholung des Kurses über Behandlung und Erziehung von angeboren Schwachsinnigen eventuell 1910.

4. Die Entwickelung und Züchtung von Tierarten, von Dr. Martin, Professor der Veterinäranatomie in Gießen.

Dieses Programm läuft nicht auf eine popularisierende Verflachung des zur Zeit modernen Themas hinaus, sondern auf eine konzentrische Bearbeitung der sozial grundlegenden Erscheinung der Familie in naturwissenschaftlichem Sinne durch Sachverständige aus den einzelnen Teilgebieten.

Als Teilnehmer dieses Kursus denke ich mir, wie bei den früheren, in erster Linie Ärzte, Lehrer, Juristen, auch Geistliche, sodann aber auch sonstige Gebildete, welche die Bedeutung der angebornen Anlage, der Abstammung und Familie erkannt haben und sich genauer darüber unterrichten wollen. Dabei sind auch Ausländer willkommen, wie bei den ersten Kursen.

Die zeitliche Ausdehnung dieses Kursus mußte aus folgenden Gründen trotz des umfassenden Stoffes auf drei bis vier Tage beschränkt werden. Bei den ersten je eine Woche dauernden Kursen waren viele Teilnehmer hier im Auftrag und mit Hilfe von staatlichen und städtischen Behörden, da die Themata sich unmittelbar auf die Interessen bestimmter Fachkreise (Irrenärzte, Lehrer, Juristen) bezogen. Bei dem entwickelten Plan, bei dem die Beziehung zu den Aufgaben von bestimmten Berufskreisen nicht so deutlich zu Tage tritt, können wir wohl auf eine Förderung des Kursus von seiten der Behörden durch Absendung von Teilnehmern, wenigstens in früherem Umfange, kaum rechnen, vielmehr wird es in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle der persönlichen Entschließung des Einzelnen zum Besuche des Kurses bedürfen. Bei dieser Sachlage muß auf die Kosten des Aufenthalts Rücksicht genommen und die Dauer des Kurses beschränkt werden.*)

Ich verhehle mir dabei nicht, daß der Plan bei diesem scheinbaren Mangel einer speziell beruflichen Beziehung überhaupt schwer durchführbar erscheint und daß ich mit einem Mißerfolg rechnen muß. Es hat sich jedoch bei den ersten beiden Kursen eine alle Erwartungen so sehr übersteigende Anteilnahme gezeigt, daß ich bei der tatsächlich vorhandenen engen Beziehung des Themas zu den Aufgaben und Interessenkreisen der seitherigen Kurse doch auf Beteiligung auch jetzt zu hoffen wage.

Es handelt sich darum, die fundamentale Bedeutung der angebornen Anlage bei der Auffassung praktischer Aufgaben im Interessegebiet der Ärzte, Lehrer, Juristen und Seelsorger, im weiteren Sinne auch der Soziologen und Politiker im Zusammenhange darzustellen.

Vorläufige Anmeldungen ohne bindende Verpflichtung bitte ich an Herrn Professor Dr. Dannemann in Gießen, Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, zu richten.

*) Wie bei den ersten Kursen wird zur Deckung der Kosten, Vortragshonorare etc. eine Gebühr von zwanzig Mark erhoben werden.

Mitteilungen.

— **80. ordentliche General-Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz.** Geschäftlicher Teil: Als Referat für die nächste Versammlung wird das Thema: „Über das Greisenalter in psychopathologischer, pathologisch-anatomischer und forensischer Beziehung" (Referenten Aschaffenburg und Hübner) gewählt. Bei der Vorstandswahl werden die Herren Pelman, Oebecke, Westphal, Thomsen, Umpfenbach gewählt. Ferner wird beschlossen, daß jeder Referent seine Ausführungen nach Möglichkeit in einige Thesen zusammenfassen soll, die der Versammlung mit der Einladung zur Sitzung gedruckt zugehen werden.

Wissenschaftlicher Teil: 1. Diskussion über den Vortrag Aschaffenburg-Cöln und Heimberger-Bonn über „Die strafrechtliche Behandlung der Homosexuellen".

Meyer-Bonn: wendet sich gegen den Ausspruch Aschaffenburgs, die Homosexualität sei eine Erscheinung psychopathischer Natur. Er meint ferner, die Geschichte habe gelehrt, daß Völker, bei denen die homosexuelle Betätigung größeren Umfang annahm, völlig depravierten. Nach Freigabe des gleichgeschlechtlichen Verkehrs würden manche, die durch § 175 St. G. B. jetzt davon abgehalten würden, sich in Zukunft betätigen und Verführer anderer werden. Die Verführung sei aber ein sehr gefährliches Moment, dem auch durch Einführung eines Schutzalters kaum zu begegnen sein dürfte. Bei Freigabe der Päderastie müßten in erster Linie die Untergebenen gegen Mißbrauch seitens der Vorgesetzten geschützt werden. Daß die Erpressungen nach Fortfall des § 175 aufhören würden, glaubt Redner nicht. Die Furcht vor Bloßstellung würde Erpressungen weiter ermöglichen.

Exzellenz Dr. Hamm-Bonn: erachtet die Bestrafung der widernatürlichen Unzucht im öffentlichen Interesse für geboten, da sie die gesunde körperliche und geistige Entwickelung des Volkes gefährde. Die Erpressungen würden trotz Abschaffung des § 175 deshalb nicht aufhören, weil die Homosexuellen nicht so sehr die Bestrafung, als vielmehr drohende Schande und gesellschaftliche Ausstoßung fürchteten.

Die männliche Prostitution möchte Redner beson-

ders hart bestraft sehen. Er schlägt folgende Fassung des Unzuchtsparagraphen vor: „Die widernatürliche Unzucht einer Person männlichen Geschlechtes durch Mißbrauch einer Person gleichen Geschlechts (Päderastie) ist gegen beide Personen mit Gefängnis zu bestrafen; auch kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden."

„Eine Person männlichen Geschlechtes, welche die Hergabe zu einer solchen widernatürlichen Unzucht gewerbsmäßig betreibt, ist, wenn sie sich dazu anbietet, mit Zuchthaus bis zu zwei Jahren, wenn sie sich dazu hergibt, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren zu bestrafen. In beiden Fällen ist auch der Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte auszusprechen und kann auf Zulässigkeit von Polizeiaufsicht erkannt werden."

Bornträger-Düsseldorf: macht einige sprachwissenschaftliche Bemerkungen über die Bezeichnung „homosexuell". Im übrigen glaubt er, daß homosexuelles Empfinden ohne Betätigung eine Seltenheit darstelle. Die Psychiatrie habe nur zu betonen, daß die Homosexualität der Ausfluß einer geistigen Störung sein kann, und dann gegebenenfalls straflos bleiben müsse. Redner geht dann ausführlich auf die vom Referenten vorgebrachten Gründe ein.

Thomsen-Bonn: Die Psychiater hätten eigentlich keinen besonderen Grund, sich für die Abschaffung des § 175 zu engagieren, da nicht das homosexuelle Empfinden, sondern nur die Betätigung straffällig sei. Im übrigen glaubt Redner, daß bei nichtgeisteskranken Homosexuellen der § 175 ein nicht ganz zu unterschätzendes Moment darstellt, um von der Betätigung zurückzuhalten.

Pelman-Bonn betont, daß der Psychiatrische Verein als solcher nicht die Absicht hat, zur Frage des § 175 Stellung zu nehmen.

Braun-Elberfeld: Man dürfe nicht nur die homosexuellen Handlungen bestrafen, sondern müsse auch gegen die gegenseitige Onanie vorgehen, da sich auf sie in erster Linie die Verführung richte.

Peretti-Grafenberg glaubt nicht, daß die Zahl der Homosexuellen wirklich so groß ist, als immer angegeben wird.

Schlußwort: Aschaffenburg bedauert sehr, daß in der Diskussion die Begriffe Homosexualität und Päderastie fortwährend zusammengeworfen worden sind. Wer nur die Letztere aus Sensationsprozessen kennt, wird von der Homosexualität ein durchaus falsches Bild erhalten und zu vielen falschen Schlüssen kommen, wie sie im Laufe der Diskussion heute wiederholt geäußert worden sind.

Heimberger sucht die einzelnen gegen seine Ausführungen gemachten Einwände zu widerlegen.

2. Referat über impulsives Irresein.

R. Förster-Bonn. (Klinischer Teil.) Der Begriff der Impulsivität ist ein schwankender. Die einen bezeichnen damit ein Symptom, für andere stellt er das Merkmal einer bestimmten Psychose, des „impulsiven Irreseins" dar. Wie die Geschichte lehrt, ist die Folie impulsive ursprünglich als eine Monomanie angesehen worden (Esquirol, Pinel). Man rechnete anfangs nur solche Fälle dazu, die ohne Wahnideen und Sinnestäuschungen verliefen, später wurden aber auch viele Beobachtungen mit einbegriffen, in denen Halluzinationen nicht fehlten. Mit zunehmender Vertiefung der Untersuchungsmethoden zeigte sich jedoch, daß es nicht angängig ist, eine besondere Krankheitsform obigen Namens aufzustellen. Auch Ref. meint, daß die früher als impulsives Irresein aufgefaßten Fälle der Epilepsie, Hysterien sowie den psychopathischen Konstitutionen zuzurechnen seien und daß der Alkohol bei Ausführung der impulsiven Handlungen eine große Rolle spiele. Auch für F. ist die Impulsivität demnach nur ein Symptom.

Correferent Aschaffenburg stimmt dieser Auffassung gleichfalls bei. Er führt aus, daß bei Zwangsneurosen, Hysterie (manche Warenhausdiebinnen), Epilepsie (viele Exhibitionisten, Sadisten usw.) und bei degenerativen Zuständen impulsive Handlungen vorkämen, sehr häufig übrigens auch bei Schwachsinnigen. Vortr. denkt besonders an die Kinder, die, um sich zu rächen, um aus der Stelle zu kommen oder aus Heimweh Brandstiftungen begehen, die Kinder ihrer Dienstherrschaft zu vergiften suchen usw. Bei fast allen diesen jugendlichen Übeltätern fand Ref. „eine überraschende Kurzsichtigkeit im Denken".

3. R. Förster-Bonn: Über das Wassermann-Plautsche Verfahren der Serodiagnostik bei syphilidogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Das Ziel der Untersuchungen müsse für den Psychiater in der Nutzbarmachung der Serodiagnostik für die Diagnose liegen.

F. fand bei 14 Paralysen die Reaktion neunmal positiv, einmal zweifelhaft, viermal negativ. Vier Kranke mit Lues cerebri boten dreimal eine zweifelhafte, einmal eine schwach positive Reaktion. Positiv reagierte auch die Spinalflüssigkeit eines Tabikers und zweier Fälle von kongenitaler Lues. Auch differentialdiagnostisch ließ sich die Serodiagnostik bereits mehrfach mit Erfolg verwenden. Hübner-Bonn.

Referate.

— Jahresbericht über die Königliche Psychiatrische Klinik in München für 1904 und 1905. München, 1907. J. F. Lehmanns Verlag. Preis 2,40 M.

Während in den ersten beiden Abschnitten die Jahresgeschichte, der Krankendienst, der Unterricht, der wissenschaftliche und forensische Dienst einer Besprechung unterzogen werden, geht der dritte Abschnitt näher auf die eigentliche Krankenbewegung ein. Aus dieser Übersicht geht deutlich hervor, daß wie in allen Stadtasylen der deutschen Großstädte, so auch in München die alkoholischen Geistesstörungen im Vordergrunde stehen; an zweiter Stelle steht dann Dementia präcox, während Epilepsie und manisch-depressives Irresein an dritter bezw. vierter Stelle folgen. Plesch, Hubertusburg.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 49. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien)

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 49. 29. Februar **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die materielle und soziale Stellung der Irrenärzte Niederösterreichs.

Durch den Aufschwung, welchen die Irrenpflege des Landes Niederösterreich in den letzten zwei Jahrzehnten genommen hat, gestalteten sich die Avancementbedingungen der schon im Dienste befindlichen oder in der ersten Hälfte der Neunzigerjahre des vorigen Jahrhunderts eingetretenen Irrenärzte äußerst günstig. Das Ordinariat (VIII. Rangsklasse) erlangten sie durchschnittlich nach 5 bis 6 Dienstjahren und konnten selbst im schlimmsten Falle darauf rechnen, mit vollendetem 10. Dienstjahre Rang und Bezüge eines Primararztes (VII. Rangsklasse) innezuhaben, und wenns gut ging, kamen viele von ihnen wenig später in leitende Stellungen.

Diese Aussichten verschlechterten sich jedoch in der letzten Zeit wesentlich. Nach der Eröffnung Mauer-Öhlings waren sämtliche höheren Posten mit jungen Kräften besetzt und wer nicht etwa eine der in den neuen Wiener Anstalten „am Steinhof" kreierten Stellen zu erhoffen hatte, sah einer wenig erfreulichen Zukunft entgegen; selbst die nächsten Anwärter auf eine durch Pensionierung des letzten Inhabers freiwerdende Stellung hätten vor ihrem 16. Dienstjahre keine Beförderung zu erwarten gehabt; für die jüngeren Kollegen aber schien der Vers geschrieben: „Lasciate ogni speranza".

Es war klar, daß diese Umstände schädigend auf die Dienstesfreudigkeit der Ärzte einwirken mußten und mit der Zeit auch der Zufluß an jungen Kräften stocken würde.

Da legte nun der Landesausschuß für das Erzherzogtum Österreich unter der Enns nach dem Referate seines Mitgliedes Hermann Bielohlawek im Mai 1907 dem Landtage einen Bericht vor, der den geschilderten Übelständen abzuhelfen vollauf geeignet schien. Der Wortlaut desselben soll vollinhaltlich nachstehend wiedergegeben werden, weil daraus nicht nur das Hauptsächlichste über die gegenwärtige Lage der nieder-österreichischen Landesirrenärzte erhellt, sondern auch zugleich erwiesen wird, in welch fürsorglicher Weise diese ihre Aufgabe wohlwollend erfassende Behörde vorgegangen ist.

Der Bericht lautete:

„Hoher Landtag!

Die den sekundarärztlichen Dienst in den niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten versehenden Ärzte sind ihrer Rang- und Dienststellung nach:

Sekundarärzte I. Klasse,
„ II. „ ,
Assistenzärzte und
(nach Bedarf aufzunehmende) Hilfsärzte.

Hinsichtlich der Entlohnung dieser Ärzte sowie der Zulässigkeit ihrer Vorrückung sind gegenwärtig folgende Beschlüsse des hohen Landtages maßgebend, und zwar:

a) Der Beschluß vom 19. Mai 1893, demzufolge den Assistenzärzten vom Tage ihres Dienstantrittes an ein Jahresgehalt von 1200 K, die Naturalverpflegung nach der I. Klasse des Anstaltstarifes oder ein Kostrelutum von 600 K und eine Dienstwohnung samt Beheizung zukommen.

b) Der Beschluß vom 14. April 1899, durch den der Landesausschuß ermächtigt wurde:

„1. Assistenzärzte, welche in einer niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt durch zwei Jahre zur vollen Zufriedenheit gedient haben, zu provisorischen Sekundarärzten II. Klasse mit einem Jahresgehalte von 1600 K, der Naturalverpflegung (eventuell dem entsprechenden Kostrelutum) und der Wohnung samt Beheizung und Beleuchtung gegen vierteljährliche Kündigung zu bestellen;

2. Sekundarärzte II. Klasse nach mindestens zweijähriger Dienstleistung als solche bei vorzüglicher Verwendbarkeit unter Anrechnung ihrer gesamten zurückgelegten Dienstzeit in den bleibenden Landesdienst aufzunehmen und besonders verdienstvolle, in den bleibenden Landesdienst übernommene Sekundarärzte II. Klasse zu Sekundarärzten I. Klasse mit den für die Beamten der IX. Rangklasse jeweilig systemisierten Gehaltsbezügen, dem halben Quartiergeld und dem Ansprüche auf eine Naturalwohnung nach Maßgabe des vorhandenen Raumes zu befördern."

c) Der Beschluß vom 16. November 1904, wonach jenen im niederösterreichischen Landes-Irrenanstaltsdienste verwendeten Ärzten, die vor ihrer Ernennung zu Assistenzärzten auf systemisierten

Dienstposten als Hilfsärzte in einer niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt gedient haben, die hilfsärztliche Dienstzeit nach Ermessen des Landesausschusses für die Vorrückung zum Sekundararzt II. Klasse, beziehungsweise zur Erlangung der Aufnahme in den bleibenden Landesdienst angerechnet werden darf.

Auf Grund dieser Beschlüsse des hohen Landtages kommen mithin derzeit den Subalternärzten der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten nebst einer Dienstwohnung zu: Anfangs (den Hilfs- oder Assistenzärzten) ein Jahresgehalt von 1200 K und Naturalverpflegung, beziehungsweise ein Kostrelutum von jährlich 600 K, nach mindestens zweijähriger Dienstzeit (den Sekundarärzten II. Klasse) ein Jahresgehalt von 1600 K und Naturalverpflegung, beziehungsweise ein Kostrelutum von jährlich 600 K, und nach einer Dienstzeit von mindestens vier Jahren (den Sekundarärzten I. Klasse) die Bezüge der IX. Rangklasse der niederösterreichischen Landesbeamten, das sind jährlich 3200 K Gehalt und 600 K als Beheizungs- und Beleuchtungspauschale.

Eine weitere Vorrückung der bezeichneten Ärzte erscheint nicht sichergestellt und ist die Beförderung derselben, insoweit sie sich bereits in der IX. Rangklasse befinden, zu ordinierenden Ärzten der VIII. Rangklasse von dem Freiwerden systemisierter Posten dieser Rangklasse, beziehungsweise der höheren Dienststellen (Primarärzte, Direktoren) abhängig.

Da es aber nur wenige derartige Posten gibt und diese von Ärzten mit verhältnismäßig kurzer Dienstzeit bekleidet werden, so sind für die Sekundarärzte I. Klasse — gegenwärtig 15, von denen einzelne bereits eine mehrjährige Dienstzeit als Ärzte der IX. Rangklasse hinter sich haben — die Aussichten auf weitere Vorrückung zumeist recht trübe.

Im Verlaufe des Jahres 1907 wird allerdings eine vorübergehende Besserung dieser Avancementsverhältnisse durch die Aktivierung der neuen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke am Steinhof in Wien insofern bewirkt, als wegen des im Vergleiche zur alten Wiener Irrenanstalt erhöhten Personalstandes der neuen Anstalten an Ärzten der höheren Rangklassen drei Sekundarärzte I. Klasse zu ordinierenden Ärzten in der VIII. Rangklasse befördert werden können.

Für die zwölf übrigen Sekundarärzte I. Klasse hingegen ist voraussichtlich die Möglichkeit einer solchen Vorrückung nur mit dem Zeitpunkte des normalerweise eintretenden Abganges der zwölf rangältesten Ärzte der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten, das ist mit deren Versetzung in den bleibenden Ruhestand infolge Zurücklegung der vollen Dienstzeit (30 Jahre) gegeben.

Nachdem aber die zwölf rangältesten Ärzte gegenwärtig erst eine Dienstzeit zwischen 22 und elf Jahren aufweisen, so wird ein Zeitraum von 19 Jahren vergehen, bis alle vorerwähnten Sekundarärzte I. Klasse in die VIII. Rangklasse vorgerückt sind oder — mit anderen Worten — es wird der älteste dieser Sekundarärzte, der jetzt bereits über sieben Jahre im niederösterreichischen Landes-Irrenanstaltsdienste steht, erst in acht Jahren, das ist mit einer mehr als 15 jährigen Gesamtdienstzeit, und der jüngste der derzeitigen Sekundarärzte I. Klasse mit einer gegenwärtigen Dienstzeit von fast fünf Jahren erst nach Eintritt seines 25. Dienstjahres in die VIII. Rangklasse avancieren.

Ein derartiger Zustand nun, daß Angestellte mit akademischer Vorbildung auf Jahre hinaus keine Besserung ihrer Lebensstellung erwarten und einer solchen Besserung erst nach acht bis fast 20 Jahren in einem höheren Lebensalter (zwischen 40 und 50 und auch mehr Jahren) teilhaftig werden können, ist gewiß ganz unmöglich und unhaltbar, wenn nicht Berufsfreude sowie Arbeitseifer erlahmen und damit das dienstliche Interesse geschädigt werden sollen.

Berücksichtigt man noch die Schwierigkeit und Verantwortlichkeit des Irrenanstaltsdienstes, das hohe Maß von Selbstbeherrschung sowie Willenskraft, die der ständige Verkehr mit Geisteskranken erfordern, und nicht zuletzt die derzeit herrschende und noch immer zunehmende Teuerung aller Lebensbedürfnisse, so wird eine geeignete Änderung der für die Sekundarärzte gegebenen Vorrückungsverhältnisse jedermann nicht nur billig und gerecht, sondern geradezu unabweisbar erscheinen.

Die einfachste und vielleicht einzige Abhilfe in dieser Beziehung bietet jene Maßnahme, welche die Beförderungsaussichten für Angestellte sämtlicher Kategorien am zweckmäßigsten regelt und auch bereits allenthalben, wie zum Beispiel für einen Teil des Beamtenpersonals der Gemeinde Wien, zur Anwendung gelangte, das ist das Zeitavancement.

Im vorliegenden Falle würde diese Maßnahme bei dem Umstande, als die Ernennung zum Sekundararzte I. Klasse einer niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt von der Zurücklegung einer bestimmten Dienstzeit als Assistenz- und Sekundararzt II. Klasse — je zwei Jahre — abhängig ist, nebstbei einen durch den kleinen Aerztestatus gebotenen Ausbau einer bereits bestehenden Institution bedeuten.

Der Landesausschuß gestattet sich deshalb die Einführung des Zeitavancements für die bezeichneten Sekundarärzte I. Klasse in der Art zu beantragen, daß denselben für den Fall, als nicht höhere systemisierte Stellen im ärztlichen Irrenanstaltsdienste des Landes Niederösterreich zur Erledigung gelangen und sohin eine Beförderung des nächsten, beziehungsweise des geeignetsten unter den Anwärtern stattfinden kann, nach Ablauf einer bestimmten, in der IX. Rangklasse zurückgelegten Dienstzeit bei vollkommen zufriedenstellender Dienstleistung die Vorrückung zu ordinierenden Aerzten der VIII. Rangklasse ohne Rücksicht darauf ermöglicht wird, ob eine systemisierte Stelle dieser Rangklasse zum gleichen Zeitpunkte frei ist oder nicht.

Die Dauer der in der IX. Rangklasse von den Irrenanstaltsärzten zugebrachten Dienstzeit wäre hierbei entsprechend den diesbezüglichen Vorrückungsverhältnissen der niederösterreichischen Landeskonzeptsbeamten, die aus der IX. Rangklasse (Landeskommissäre) in der Regel nach fünf bis sechs Jahren in die VIII. Rangklasse (Landessekretäre) befördert

werden, etwa mit mindestens sechs vollen Jahren festzusetzen.

Die Wirkungen dieses Zeitavancements würden sich, da der dienstälteste der oben genannten zwölf Sekundarärzte I. Klasse erst im Jahre 1903 in seine gegenwärtige Stelle vorgerückt ist, zum ersten Male im Jahre 1909 äußern, in welchem Jahre die voraussichtliche Beförderung dieses Arztes in die VIII. Rangklasse ein Mehrerfordernis von rund 175 K im ganzen zur Folge hätte.

In den folgenden Jahren 1910 und 1911 würde der diesbezügliche Mehraufwand sämtlicher fünf niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten auf 700 bezw. 2150 K steigen und späterhin sich zwischen 6000 bis 7500 K jährlich bewegen.

Ebenso wie hinsichtlich der eben besprochenen Aerztekategorie sind auch die gegenwärtigen Verhältnisse der anderen, den sekundarärztlichen Dienst in der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt versehenden Ärzte aus verschiedenen Gründen dringend reformbedürftig, und zwar gilt dies sowohl von den — eingangs erwähnten — Sekundarärzten II. Klasse als auch von den Assistenz- bezw. Hilfsärzten.

Für diese Posten kommen naturgemäß in der Regel nur junge Ärzte in Betracht, die ihre Studien erfolgreich beendet haben, die aber auch im Interesse eines gesicherten Anstaltsdienstes eine hinreichende Vorpraxis in einem Spital oder in einem anderen Krankeninstitute ausweisen und dabei eine individuelle Veranlagung zur Ausübung des Irrenanstaltsdienstes zeigen sollen.

Es ist nun sehr schwer, geeignete Ärzte in genügender Anzahl bei Besetzung erledigter Assistenz- oder Hilfsärztestellen in den niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten zu gewinnen oder dem Ausscheiden bereits eingetretener Ärzte nach relativ kurzer Dienstzeit unter den jetzigen Verhältnissen wirksam zu begegnen.

Der Hauptgrund liegt darin, daß der ständige Verkehr mit Geisteskranken Unannehmlichkeiten aller Art, ja sogar häufig Gefahren für das eigene Leben im Gefolge hat, und daß daher von den jungen Ärzten die gewöhnliche Spitalpraxis, die ihnen überdies eine universellere Ausbildung ermöglicht, vorgezogen wird.

Auch die entlegene Dislozierung eines Teiles der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten (Mauer-Öhling, Ybbs, Gugging) und ihre ungünstige Verbindung mit Wien halten manchen jungen Arzt, der seine Kenntnisse durch Besuch klinischer Kurse, Benutzung von Bibliotheken, Sammlungen usw. erweitern will, von dem Eintritte in den Landesdienst ab.

Dazu kommt, daß die bei den Wiener k. k. Krankenanstalten angestellten Ärzte der zwei untersten Gehaltsklassen seit dem Jahre 1902 höhere Barbezüge als die in Rede stehenden Ärzte der Landes-Irrenanstalten genießen; es erhalten nämlich die bezeichneten Ärztekategorien der k. k. Krankenanstalten Wiens (Sekundarärzte und Abteilungsassistenten) abgesehen von freier Wohnung und unentgeltlicher Verpflegung ein jährliches Adjutum von 1400 bezw. 1800 K.

Um nun dem vorbeklagten Mangel tauglicher Aufnahmswerber für den ärztlichen Irrenanstaltsdienst sowie dem für das Anstaltsinteresse so abträglichen Ärztewechsel begegnen zu können, und in Anbetracht der durch die herrschende Teuerung erschwerten Lebensführung beehrt man sich, in erster Linie die Erhöhung des Gehaltes der Sekundarärzte II. Klasse und der Assistenz- bezw. Hilfsärzte um je 200 K jährlich, das ist für die ersteren von 1600 auf 1800 K und für die letzteren von 1200 auf 1400 K zu beantragen.

Das dadurch hervorgerufene Mehrerfordernis wird sich bei einem Stande von ungefähr 15 Irrenanstaltsärzten der zwei niedrigsten Gehaltskategorien auf jährlich 3000 K stellen.

Ein weiteres Mittel zur Gewinnung und Erhaltung eines tüchtigen Ärztenachwuchses für die niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten würde die Gewährung bestimmter Begünstigungen an bereits ältere und erfahrenere Ärzte, die sich zur Aufnahme in den Anstaltsdienst melden, bedeuten.

Solche Ärzte können gegenwärtig nur als Hilfs- oder Assistenzärzte eintreten und erhalten sodann deren Bezüge, das sind eine aus höchstens zwei Wohnräumen bestehende Dienstwohnung, die unentgeltliche Verpflegung bezw. das Kostrelutum von jährlich 600 K, und ein Jahresgehalt von derzeit 1200 K.

Wenn nun auch diese Bezüge im Falle der vorhin angeregten Erhöhung des Gehaltes auf jährlich 1400 K für einen jungen und unverheirateten Arzt ausreichend sein mögen, so trifft das gleiche gewiß nicht bei älteren und namentlich nicht bei verheirateten Ärzten zu, die für die eventuelle Anstellung im niederösterreichischen Irrenanstaltsdienste in Frage kommen könnten.

Derartige Ärzte, welche vielleicht eine langjährige Verwendung in privaten oder öffentlichen Diensten hinter sich haben und infolgedessen bereits im Genusse eines höheren Einkommens gestanden haben, werden die vergleichsweise niederen Bezüge der Assistenz- bezw. Hilfsärzte zu gering finden und deshalb solche Posten nicht anstreben.

Sollten aus diesem Grunde nun Bewerbungen älterer Ärzte unterbleiben, so wäre dies deswegen bedauerlich, weil die Gewinnung tüchtiger sowie erprobter Ärzte, die mit der spezifischen Natur des Anstaltsdienstes bereits vertraut sind und die Gewähr dafür bieten, daß sie diesen Dienst als ihren Lebensberuf voll erfassen und mit Erfolg versehen, unter Umständen im ureigensten Interesse der niederösterreichischen Irrenpflege gelegen sein kann.

Auch eine den Fortschritten der Wissenschaft entsprechende etwaige Ausgestaltung der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten, die Einführung von anderwärts angewandten Behandlungsmethoden, die Vornahme bestimmter Untersuchungen und anderes mehr lassen es vielleicht in der Zukunft wünschenswert erscheinen, einen die nötigen Spezialkenntnisse besitzenden Fachmann zu erwerben.

Zudem ereignet es sich nach den bisher gemachten Beobachtungen immerhin wiederholt, daß Ärzte mit

einer mehrjährigen Dienstzeit in auswärtigen Irrenanstalten oder mit einer längeren spitals- oder gemeindeärztlichen Tätigkeit um die Aufnahme in den niederösterreichischen Landesdienst unter Zuerkennung eines ihrer Vorpraxis entsprechend höheren Anfangsgehaltes bittlich werden.

Der Landesausschuß erachtet es nun für äußerst zweckmäßig und aus dienstlichen Gründen im hohen Grade empfehlenswert, wenn einem solchen Verlangen, insoweit es begründet ist, Rechnung getragen und bei der Fixierung der Bezüge sowie der Dienststellung des betreffenden Arztes dessen zurückgelegte Vorpraxis bis zu einem bestimmten Ausmaße berücksichtigt werden darf.

Da es sich ferner hierbei — wie vorhin erwähnt — nur um Personen in einem vorgerückteren Lebensalter handelt und infolgedessen ein diesbezüglich in Betracht kommender Arzt die im § 4 der Dienstpragmatik für die niederösterreichischen Landesbeamten und Diener vorgeschriebene Maximalaltersgrenze von 40 Jahren möglicherweise bereits erreicht oder überschritten haben könnte, so müßte außerdem bei den hierher gehörigen Aufnahmen in den niederösterreichischen Landesdienst erforderlichenfalls die Nachsicht in Betreff der normalen Altersgrenze erteilt werden können.

Behufs Erlangung der im Interesse der Sache gebotenen vollen Freiheit in der Personenauswahl erlaubt sich somit der Landesausschuß um die Ermächtigung zu bitten, solche besonders geeignete Bewerber um Ärztestellen im niederösterreichischen Irrenanstaltsdienste, welche als bereits graduierte Ärzte in einem Spital, in einer Irrenanstalt, als Gemeinde- oder (abgesehen von der gesetzlichen Militärdienstpflicht) als aktive Militärärzte durch eine längere Reihe von Jahren praktiziert haben, bei einer mindestens vierjährigen oder längeren Vorpraxis unter eventueller Altersnachsicht zu Sekundarärzten I. Klasse, und zwar anfangs provisorisch auf die Dauer von zwei Jahren, und bei einer mindestens zwei- bis vierjährigen Vorpraxis zu Sekundarärzten II. Klasse ernennen, bezw. diese Vorpraxis den bereits im Dienste stehenden Assistenz- und Sekundarärzten II. Klasse in analoger Weise einrechnen zu dürfen.

Die finanzielle Tragweite dieser Neuerung läßt sich natürlich nicht vorhersagen und nur dahin bestimmen, daß sich der Jahresaufwand bei der sofortigen Ernennung eines neu aufgenommenen Arztes zum Sekundararzte I. Klasse um 1800 K und bei jener zum Sekundararzte II. Klasse um 400 K erhöhen würde.

Alle im vorliegenden Berichte enthaltenen Reformen (Zeitavancement für Sekundarärzte I. Klasse, Erhöhung des Barbezuges der Ärzte der zwei untersten Gehaltsklassen, Einrechnung der Vorpraxis neuernannter Anstaltsärzte) zusammengenommen hätten für die Gesamtheit der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten nach dem gegenwärtigen Stande ihrer Ärzte im zweiten Halbjahre 1907 und in den nächsten fünf Jahren ungefähr nachstehende Mehrauslagen zur Folge, und zwar:

Im zweiten Halbjahre 1907 zusammen rund	3700 K
„ Jahre 1908 zusammen rund	7000 „
„ „ 1909 „ „	6800 „
„ „ 1910 „ „	6000 „
„ „ 1911 „ „	4000 „
„ „ 1912 „ „	7200 „

Nachdem diese Kosten, insoweit sie das Jahr 1907 betreffen, in dem Budget des laufenden Jahres gewiß ihre volle Deckung finden und auch in den folgenden Jahren voraussichtlich zu keiner Erhöhung der Verpflegungsgebühren, bezw. zu keiner Mehrbelastung des Landesfonds, führen werden, sowie mit Rücksicht auf die im dienstlichen Interesse gelegene Wichtigkeit der vorgeschlagenen Neuerungen beehrt sich der Landesausschuß hiermit zu beantragen:

„Der hohe Landtag wolle beschließen:

1. für den sekundarärztlichen Dienst in den niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten sind zu bestellen:

Sekundarärzte I. Klasse mit den Bezügen der IX. Rangklasse der niederösterreichischen Landesbeamten.

Sekundarärzte II. Klasse mit einem Jahresgehalte von 1800 K Assistenzärzte mit einem Jahresgehalte von 1400 K	der Naturalverpflegung nach der I. Klasse der Anstaltstarife, eventuell einem Kostrelutum von 600 K jährlich, und einer möblierten Dienstwohnung samt Beheizung und Beleuchtung.

Hilfsärzte (nach Bedarf aufzunehmen) mit den Bezügen der Assistenzärzte.

2. Hilfsärzte haben bei entsprechender Qualifikation und vollständig zufriedenstellender Dienstleistung den Anspruch auf die nächste freiwerdende systemisierte Arztstelle.

Assistenzärzte, welche in einer niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt durch mindestens zwei Jahre zur vollsten Zufriedenheit gedient haben, können zu provisorischen Sekundarärzten II. Klasse befördert werden.

3. Der Landesausschuß wird ermächtigt, solche besonders geeignete Bewerber um Ärztestellen im niederösterreichischen Landes-Irrenanstaltsdienste, welche schon als Doktoren der gesamten Heilkunde in einem öffentlichen Krankenhause, in einer Irrenanstalt, als Gemeinde- oder (abgesehen von der gesetzlichen Militärdienstpflicht) als aktive Militärärzte durch eine längere Reihe von Jahren praktiziert haben, bei einer mindestens vierjährigen oder längeren Vorpraxis — unter eventueller Erteilung der Nachsicht in Betreff der laut § 4 der Dienstpragmatik für die niederösterreichischen Landesbeamten und -diener vorgeschriebenen Maximalaltersgrenze — zu Sekundarärzten I. Klasse, und zwar anfangs provisorisch auf die Dauer von zwei Jahren und bei einer mindestens zwei- bis vierjährigen Vorpraxis zu Sekundarärzten II. Klasse zu ernennen, bezw. diese Vorpraxis in ganz analoger Weise bei den bereits im Anstaltsdienste befindlichen Assistenzärzten und Sekundarärzten II. Klasse zu berücksichtigen.

Diese Berücksichtigung der Vorpraxis darf jedoch nur auf die Ernennung zum Sekundararzte II. oder I. Klasse, keineswegs aber auf die Rangbestimmung, auf die seinerzeitige Bemessung des Ruhegehaltes

oder auf andere durch den Dienst begründete Rechte der Angestellten Einfluß haben.

4. Der Landesausschuß wird — unbeschadet des ihm gemäß § 14 der Dienstpragmatik für die niederösterreichischen Landesbeamten und -diener zustehenden Rechtes der Besetzung erledigter systemisierter Stellen im Beförderungswege — ermächtigt, die im definitiven Genusse der Bezüge der IX. Rangklasse der niederösterreichischen Landesbeamten stehenden Sekundarärzte I. Klasse der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten nach mindestens sechsjähriger Dienstleistung als Sekundarärzte I. Klasse bei vorzüglicher Verwendbarkeit zu ordinierenden Ärzten der VIII. Rangklasse vorrücken zu lassen.

Wien, 15. Mai 1907.

Der Landesausschuß
des Erzherzogtumes Österreich unter der Enns.
Bielohlawek, Referent."

Die Vorlage wurde vom niederösterreichischen Landtage genehmigt. Die günstige Wirkung der Regulierung zeigte sich sofort: um jeden der seither freigewordenen Posten fanden sich zahlreiche Bewerber mit gediegener Vorbildung; und da auch das materielle Auskommen der bereits angestellten Sekundarärzte bedeutend gefördert erschien, konnten die Vertreter der Irrenärzte Niederösterreichs mit aufrichtigen Gefühlen der vorgesetzten Behörde den Dank zum Ausdruck bringen.

Nun trat aber mit Ende desselben Jahres unverhofft eine neuerliche Aufbesserung der Bezüge des gesamten Standes der niederösterreichischen Landesbeamten, wozu auch die Irrenärzte zählen, ein, und zwar in folgender Weise.

Die Landesbeamten waren bisher in ihrem Einkommen gegenüber der entsprechenden Rangsklasse der Staatsbeamtenschaft vorteilhafter gestellt.

Als nun aber trotzdem die zunehmende Teuerung der letzten Jahre eine allgemeine Aufbesserung der Gehalte sämtlicher Landesangestellten unaufschiebbar erscheinen ließ, entschloß sich der Landtag in wahrhaft munifizenter Weise, die drei unteren, für die Ärzte übrigens nicht in Betracht kommenden Rangstufen aufzubessern, von der IX. Rangklasse aufwärts (Sek.-Arzt I. Kl. entsprechend) aber eine Vorrückung in die nächsthöhere Gehaltsklasse der Staatsbeamten eintreten zu lassen. Diese Bestimmungen traten mit 1. Januar 1908 in Geltung.

Dadurch rückte beispielsweise der Sekundararzt I. Kl., der bisher in der IX. Rangklasse der Landesbeamten stand, in die VIII. Rangstufe der staatlichen Angestellten vor, womit ein Plus von 400 Kronen an Gehalt sowie erhöhte Quadriennien verbunden sind. Noch bedeutender gestalteten sich die Vorteile der neuen Regulierung für die Ordinarii, Primarärzte und die Direktoren.

Am besten wird dies durch nachfolgende Gegenüberstellung ersichtlich:

A. Vor der Regulierung:

Rangklasse	Titel	Gehalt Kr	Beheizungs- und Beleuchtungspauschale Kr	Gehaltszulagen Kr	Sonstiges
IX.	Sek.-Arzt I. Kl.	3200	600	2× 200	entsprechende Dienstwohnung und Garten
VIII.	ordin. Arzt	4000	700	2× 400	
VII.	Primararzt	5600	800	2× 800	
VI.	Direktor	8000	900	1× 1000	

B. Nach der Regulierung (1. I. 08):

Rangklasse	Titel	Gehalt Kr.	Beheizungs- und Beleuchtungspauschale Kr	Quadriennien Kr	Sonstiges
VIII.	Sek.-Arzt I. Kl.	3600	600	3× 300	wie oben
VII.	ordin. Arzt	4800	700	3× 400	
VI.	Primararzt	6400	800	2× 800	
V.	Direktor	10000	1000	2× 1000	

Pensionsanspruch von 10 Jahren an: 40% des Gehalts, Beheizungs- und Beleuchtungspauschale und Wohnungsrelutum, welches gleich ist dem Beheizungs- und Beleuchtungspauschale, sodann jährlich steigend um 3%, so daß nach 30 Jahren der volle Gehalt für Quartiergeld und Beheizungs-, Beleuchtungspauschale als Pension bezogen wird.

Mit dieser Rangerhöhung ist aber auch die soziale Stellung der Anstaltsärzte eine viel günstigere geworden.

Während früher der Direktor dem Oberst beim Militär rangsgleich war oder im Zivildienste den Sektionsräten der Ministerien und den Oberlandesgerichtsräten, steht er heute im Range eines Generalmajors, Ministerialrates oder Landesgerichtspräsidenten. Die Sekundarärzte I. Kl., ehedem im Hauptmannsrange, sind jetzt in die Majorsstufe avanciert.

Nachstehende Tabelle veranschaulicht die früheren und jetzigen Verhältnisse in übersichtlicher Weise:

Rangklasse	entspricht in Österreich	in Preußen	früher	jetzt
IX.	Hauptmann, Bezirkskommissär, Gerichtsadjunkt	Assessor	Sek.-Arzt I. Kl.	—
VIII.	Major, Statthaltereisekretär, Bezirksrichter	Regierungsrat	ord. Arzt	Sek.-Arzt I. Kl.
VII.	Oberstleutnant, Bezirkshauptmann, Landesgerichtspräsident	Landrat	Primararzt	ord. Arzt
VI.	Oberst, Statthaltereirat, Kreisgerichtspräsident	Oberregierungsrat	Direktor	Primararzt
V.	Generalmajor, Hofrat, Landesgerichtspräsident	vortr. Rat	—	Direktor.

Damit sind sowohl die materiellen als sozialen Grundbedingungen für eine auch gesellschaftlich angesehene Stellung der Irrenärzte Nieder-Österreichs gegeben. Sie zu erringen liegt nun an ihnen.

Das eine kann mit Befriedigung festgestellt werden: Während bis vor kurze Zeit Deutschland uns in allen die Irrenpflege betreffenden Angelegenheiten zweifelsohne weitaus überlegen war, kann Nieder-Österreich heute schon mit Berechtigung darauf hinweisen, daß es in den meisten Dingen den analogen Nachbarinstitutionen ebenbürtig, in einzelnen sogar schon nachahmungswert geworden ist.

Wien, im Januar 1908.

Zur Frage der Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthalts auf die Strafzeit. (§ 493 St. P. O.)

Von Dr. *Peter Rixen*, leitender Arzt der Irrenabteilung am Königl. Strafgefängnis in Breslau.

(Fortsetzung.)

Diese Entscheidung des Oberlandesgerichts in Hamm stützt sich darauf, daß die Verfügungen der Minister des Innern und der Justiz, welche seine Haftentlassung anordneten, den Vorschriften der St. P. O. nicht widersprechen und zu Recht bestehen.

„Abgesehen von der für das Wiederaufnahmeverfahren bestehenden Bestimmung des § 400 St. P. O. wird eine Unterbrechung der Strafvollstreckung nur in § 490 Abs. 3 St. P. O. erwähnt, der aber, wie sich aus Abs. 2 das. ergibt, zur Voraussetzung hat, daß vor Beginn der Strafvollstreckung Strafaufschub beantragt war. Im übrigen enthält die St. P. O. keine Bestimmungen darüber, in welchen Fällen eine begonnene Strafvollstreckung unterbrochen werden kann."

Diese Auffassung des Oberlandesgerichts ist jedoch eine irrige. Der § 493 St. P. O. sei demgegenüber in seinem vollen Wortlaut angeführt:

„Ist der Verurteilte nach Beginn der Strafvollstreckung in eine getrennte Krankenanstalt gebracht worden, so ist die Dauer des Aufenthaltes in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen, wenn nicht der Verurteilte mit der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, die Krankheit herbeigeführt hat.

Die Staatsanwaltschaft hat im letzteren Falle eine Entscheidung des Gerichts herbeizuführen."

Hier findet sich direkt der Ausdruck: „die Strafvollstreckung zu unterbrechen", der Aufenthalt in der Krankenanstalt soll nicht angerechnet werden, wenn die Überführung aus der Strafanstalt in die Krankenanstalt von dem Verurteilten absichtlich, zwecks Unterbrechung der Strafe herbeigeführt wurde. Hieraus und aus dem Wortlaut des Hauptsatzes in § 493 St. P. O. folgt logisch, daß eine Unterbrechung der Strafe durch Krankheit, welche ohne Verschulden des Verurteilten veranlaßt wurde, die Anrechnung des Krankenhausaufenthaltes zur Folge hat. Der Bedingungssatz schränkt die im Hauptsatze enthaltene Bestimmung ein. Kommt der in diesem erwähnte Einzelfall nicht in Betracht, so hat die Vorschrift, die in dem Hauptsatze enthalten ist, Geltung. Unter Berücksichtigung des Wortlautes des Bedingungssatzes kann man demnach den ersten Teil der Vorschrift des § 493 sinngemäß folgendermaßen fassen:

Ist bei dem Verurteilten nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit durch Überführung in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt die Strafvollstreckung unterbrochen worden, so ist die Dauer des Aufenthalts in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen.

Die Angabe des Gerichtes, daß die St. P. O. außer § 400 und 490 Abs. 3 keine Bestimmung, in welchen Fällen die Strafvollstreckung unterbrochen werden kann, enthält, ist demnach nicht aufrecht zu halten. Die wichtige Bestimmung über die Strafunterbrechung, die eben in § 493 St. P. O. enthalten ist, hat der Strafsenat des Oberlandesgerichts in Hamm in seinem Beschlusse vom 29. Sept. 1907 übersehen. Enthält aber der § 493 St. P. O. sinngemäß die angeführte Vorschrift — und daran dürften nach obigen Ausführungen Zweifel nicht bestehen — dann ist ein Widerspruch zwischen Gesetz und Verwaltungsmaßregel unleugbar vorhanden; das Gesetz enthält die Vorschrift, daß bei Krankheit, durch welche die Strafe unterbrochen und ein Krankenhausaufenthalt herbeigeführt wurde, der Krankenhausaufenthalt auf die Strafzeit anzurechnen sei, die Verwaltungsmaßregel in dem Erlaß des Justizministers vom 7. Juni 1881 und vom 13. August 1886 bestimmt dagegen, daß dies nicht zu geschehen habe. Daß gegenüber der reichsgesetzlichen Vorschrift der Strafprozeßordnung die Verfügungen der preußischen

Minister des Innern und der Justiz rechtsungültig sind, bedarf keiner weiteren Begründung.

Meine früheren Ausführungen zu dieser Frage haben Spliedt Anlaß zu einem Aufsatz in Nr. 30 dieser Zeitschrift gegeben. Spliedt fürchtet die Folgen, welche die Einrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes auf die Strafzeit nach sich ziehen würde, er befürchtet eine Zunahme der Simulation, eine Abwanderung aus den Gefängnissen in die Irrenanstalten und eine Beschwerung der Irrenanstalten mit einer vermehrten Staatsaufsicht. Was zunächst die befürchtete Vermehrung der Simulation betrifft, so glaube ich, daß Spliedt diese Gefahr überschätzt. Im Gegensatz zu der Häufigkeit der Verkennung geistiger Erkrankungen ist eine Simulation von Geistesstörung doch ein recht seltenes Vorkommnis. Der langjährige Direktor der Strafanstalt in Moabit, jetzige vortr. Rat im Ministerium des Innern Dr. Krohne schrieb schon 1889 in seinem Lehrbuch der Gefängniskunde:

„Ganz vereinzelt und viel seltener, als gewöhnlich angenommen wird, sind die Fälle, in denen eine Geistesstörung erdichtet wird, in der Absicht, den Strafvollzug zu mildern oder ganz aufzuheben." Dazu findet sich die Anmerkung: „Viel häufiger sind dagegen Übertreibungen und Erdichtungen bei wirklichen geistigen Störungen, sie gehören zum Krankheitsbilde."

Bonhoeffer (Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen, Halle 1907) gibt von 221 von ihm in der Breslauer Beobachtungsstation für geisteskranke Gefangene beobachteten Kranken eine prozentuale Zusammenstellung nach den Krankheitsformen. Die Simulation nimmt darunter 0,5% ein. Es liegt in dem Charakter der degenerativen Psychose, die unter den Geistesstörungen der Strafhaft die häufigste Erkrankungsform darstellt, daß unter den günstigeren Verhältnissen einer Irrenanstalt die Krankheitserscheinungen bald und in auffälliger Weise zurücktreten. Es besteht etwas Überraschendes darin, daß die Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen dieser Kranken nach kurzer Zeit mehr oder weniger vollständig verschwinden, daß die Stimmung sich bessert, das Allgemeinbefinden und das Körpergewicht sich hebt, und der Gedanke, daß eine bewußte Vortäuschung der Symptome vorgelegen hat, scheint auf den ersten Blick nicht unberechtigt. Wird der Verurteilte wieder in Strafvollzug gebracht und in der Strafanstalt auch seiner krankhaften Veranlagung in weitgehendster Weise Rechnung getragen, so wird er sich nur in seltenen Fällen bis zum Strafende halten lassen, meist stellen sich nach wenigen Tagen wieder Sinnestäuschungen und Wahnideen, Angstzustände und motorische Erregungen ein, der Strafanstaltsarzt muß erklären, daß eine Strafvollstreckung undenkbar ist, daß disziplinarische Bestrafungen sinnlos und ärztlich verfehlt sein würden. Die krankhafte Veranlagung, die eben das Wesen der degenerativen Geistesstörung ist, macht den Gefangenen strafvollzugsunfähig. Der Strafvollzug ist keineswegs die „starre, unwandelbare Größe", als welche Spliedt sie betrachtet, sondern es wird in den Gefängnissen und Zuchthäusern individualisiert, der körperlichen und geistigen Beschaffenheit des Gefangenen soweit als möglich Rechnung getragen, aber an die körperliche wie geistige Beschaffenheit des Gefangenen muß der Strafvollzug gewisse Anforderungen stellen, sonst hört er eben auf, ein Strafvollzug zu sein, sonst verliert er — man mag eine Strafrechtstheorie nehmen, welche man will — Sinn, Bedeutung und Zweck, dann sinkt er zu einer Farce herab, wird grausam und inhuman. Spliedt meint: „Wer die offenbaren Zeichen geistiger und körperlicher Entartung an sich trägt, braucht sich nur schwerer Ausschreitungen in der Strafanstalt zu Schulden kommen zu lassen, und er ist auf dem Wege zur Irrenanstalt." Demgegenüber sei darauf hingewiesen, daß Wilmanns in seiner Studie „Zur Psychopathologie der Landstreicher" auf Grund eines sehr umfangreichen Materials eine eingehendere psychiatrische Ausbildung der Strafanstaltsärzte fordert und dann schließt: „Erst dann wird den Tausenden von Geisteskranken, die jetzt noch in unseren Strafanstalten diszipliniert werden, rechtzeitig der ihnen gebührende Schutz zuteil werden können. Der Staat sollte die anfänglichen großen Kosten nicht scheuen; sie werden durch die Beseitigung dieser Menschenruinen reichlich gedeckt werden. Die Strafanstaltsbeamten aber werden nur dankbar sein, wenn sie vor einem Teil ihrer unverbesserlichen und undisziplinierbaren Elemente bewahrt bleiben." Wilmanns legt dar, daß offenkundige Geisteskranke jahrelang in Strafanstalten und Arbeitshäusern behalten und diszipliniert wurden, bis ihre Geistesstörung erkannt und sie Irrenanstalten zugeführt wurden, und Spliedt meint, daß schwere Ausschreitungen in der Strafanstalt bei Zeichen körperlicher und geistiger Degeneration ohne weiteres aus der Strafanstalt in die Irrenanstalt führten. Daß dem nicht so ist, geht schon daraus hervor, daß der Gefangene, der Symptome von Geistesstörung zeigt, vor seiner Überweisung in eine Irrenanstalt einer längeren psychiatrischen Beobachtung in der zuständigen Strafanstaltsirrenabteilung unterworfen wird. Die Irrenabteilung soll auch in dem Falle, daß die An-

rechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes bei geistiger Erkrankung erfolgt, etwaige Simulation feststellen und einer Überführung von Simulanten in Irrenanstalten vorbeugen. Dagegen liegt eine Verpflegung und Verwahrung offenkundiger Geisteskranker nicht in dem Zwecke der Irrenabteilungen; es ist nicht Sache der Strafanstaltsverwaltung, für Geisteskranke Fürsorge zu treffen. Damit komme ich auf die weitere Folge, welche Spliedt von der Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes auf die Strafzeit befürchtet, die Vermehrung der Staatsaufsicht über die Irrenanstalten. Darin stimme ich Spliedt völlig zu, daß die Frage der Berechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes „das ganze Problem der Versorgung der geisteskranken Verbrecher aufrollt". Wird die Frage bejaht, und sie muß nach meinen obigen Ausführungen bejaht werden, so muß der Staat bezw. die Provinzial-Verwaltung in ganz anderer Weise als bislang für die Versorgung der geisteskranken Verbrecher Vorkehrungen treffen. Auch wird dem Staatsanwalt eben mit Rücksicht auf die Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes auf die Strafzeit und die notorische Gemeingefährlichkeit der geistesgestörten Verbrecher ein Einfluß darauf, daß dieselben in sicherer Verwahrung gehalten werden, eingeräumt werden müssen. Gewiß sind die kriminellen Kranken die unangenehmsten Elemente der Irrenanstalten. Ständig querulierend, hetzend und intriguierend stellen sie an die körperlichen und psychischen Kräfte der Ärzte und des Pflegepersonals ganz außerordentliche Anforderungen. Allein deshalb darf die Anstaltspsychiatrie diese schwer zu behandelnden Kranken doch nicht von sich abschütteln. Es ist Pflicht der Irrenpflege, auch diese Menschenruinen in entsprechender Weise unterzubringen und zu verpflegen. Meines Erachtens sind die geisteskranken Verbrecher weder in Adnexen an Strafanstalten noch in festen Abteilungen der Irrenanstalten zweckmäßig untergebracht, die Frage der Versorgung der geisteskranken Verbrecher kann nach meinem Dafürhalten nur durch die Errichtung besonderer Anstalten, von Sicherungsanstalten, gelöst werden. Hinter die Sicherung und den Schutz der Allgemeinheit vor Verletzung ihrer Rechtsgüter tritt der rein ärztliche humane Standpunkt zurück; es muß deshalb in diesen Anstalten für geisteskranke Verbrecher in erster Linie für absolut sichere Internierung Sorge getragen werden. Erst in zweiter Linie und im Rahmen der Sicherungsmaßnahmen ist für den geisteskranken Verbrecher eine psychiatrische Fürsorge möglich. Für die Errichtung besonderer Sicherungsanstalten für geisteskranke Verbrecher sprechen noch folgende Erwägungen. Die Irrenanstalten, denen die Behandlung und Pflege der nichtkriminellen Kranken obliegt, werden entlastet, sie können sich freier entfalten, brauchen nicht so strenge Maßregeln zur Verhütung von Ausbrüchen zu ergreifen. Die nichtkriminellen Kranken werden vor dem Zusammenleben mit Verbrechern bewahrt. Die Sicherungsanstalten dienen zur Entlastung der Strafanstalten von jenen degenerierten undisziplinierbaren Elementen, durch welche die Anstaltsdisziplin fortdauernd in ärgster Weise gestört wird.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Pommern.** Eine neue Provinzialanstalt für Geisteskranke soll in der Provinz Pommern gebaut werden. Der Landeshauptmann hat an die Magistrate verschiedener Städte die Anfrage gerichtet, ob die Stadt eventuell bereit wäre, den erforderlichen Grund und Boden kostenfrei herzugeben. Die Anstalt soll für 700 Kranke eingerichtet werden. Bedingung ist, daß die betreffende Stadt eine höhere Schule hat, daß die Wasserverhältnisse gut sind und das in Frage kommende Gelände in der Nähe des Waldes liegt.

— **Berlin.** Nach einer Anordnung der betreffenden preußischen Ressortminister sollen zwecks Überwachung der nicht in Irren- und Idiotenanstalten untergebrachten Geisteskranken usw. die Gemeindebehörden je ein namentliches Verzeichnis aller in Familien, auch in der eigenen, außerhalb öffentlicher Anstalten befindlichen Geisteskranken, Geistesschwachen und Idioten führen.

Personalnachrichten.

— **Rostock.** An Stelle des verstorbenen Sanitätsrats Dr. med. W. Passow ist vom Rat der Stadt Rostock der Professor der Psychiatrie und Neurologie Dr. med. U. Scheven zum leitenden Arzt der städtischen Irren- und Bewahranstalt bestellt worden.

— **Aplerbeck i. Westf.** Approb. Arzt Pforte verließ die Stelle als Assistenzarzt; Assistenzarzt Winter wurde zum Abteilungsarzt ernannt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 50. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**
Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 50. 7. März **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Bemerkungen zu den Vorschlägen der Kommission des deutschen Vereins für Psychiatrie zur Wahrung der Standesinteressen der Irrenärzte.

Von Dr. *Karl Schmidt*, ordentlicher Arzt der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Alt-Scherbitz.

Nur mit Genugtuung und Freude können die Bemühungen der Kommission zur Wahrung der Standesinteressen der Irrenärzte als Zeichen begrüßt werden, daß eine Besserung der Laufbahn und Lage der Irrenärzte mit Ernst angestrebt wird. Im allgemeinen sind die gemachten Vorschläge zweifellos richtig, die Forderung, nach einer gewissen Anzahl von Jahren feste Anstellung mit genügendem Gehalt und entsprechendem Titel und in ärztlich selbständigerer Stellung, wird keinem wesentlichen Widerspruche begegnen. Dagegen dürfte dies, soweit ich bisher gesehen habe, nicht so ohne weiteres der Fall sein bei dem erst jetzt in dieser ganzen Frage neu hinzugetretenen Vorschlage, in welchem die vorherige Ablegung der staatsärztlichen Prüfung zur Beförderung zum Oberarzt als wünschenswert hingestellt wird. Natürlich würde diese Forderung in denjenigen Staaten, wo sie bisher nicht bestand, nur für diejenigen Ärzte erhoben werden können, die unter diesen neuen Bedingungen erst in die irrenärztliche Laufbahn eintreten. Denn es dürfte wohl nicht angängig erscheinen, gerade die älteren Ärzte, die schon lange Jahre im Irrenanstaltsdienst tätig sind, vor die Notwendigkeit zu stellen, die verschiedensten Kurse, die nach den neueren Bestimmungen für das staatsärztliche Examen notwendig sind, noch jetzt zu besuchen und durch die langdauernde Vorbereitung zu diesem Examen die Zeit bis zur Beförderung zum Oberarzt zu verlängern, während man ja gerade das Aufrücken schneller und sicherer gestalten will.

Aber abgesehen von diesem Punkte dürfte rein sachlich die Forderung nicht als zweckmäßig sich herausstellen, wenigstens für Preußen, wo die Irrenärzte keine unmittelbaren Staatsbeamten sind, wie in manchen anderen Bundesstaaten, und wo daher ein Vergleich mit diesen überhaupt nicht in Frage kommt.

Zunächst ist folgendes zu erwähnen. Die Kommission will nach dreijähriger Assistenzarztzeit, auf welche auch die Zeit anderer als psychiatrischer Beschäftigung angerechnet werden soll, Anstellung als Oberarzt. In dieser Zeit soll der Arzt eben die theoretische und praktische Irrenheilkunde und den Anstaltsdienst soweit erlernen, daß er dann selbständig zu arbeiten imstande ist. Nun kann man sich aber zum kreisärztlichen Examen erst nach zwei, bezw. wenn man die ärztliche Prüfung nur mit „genügend“ bestanden hat, erst nach drei Jahren nach derselben melden. Von der Meldung bis zur Ablegung der Prüfung vergehen aber in der Regel mindestens $1\frac{1}{2}$ Jahr, also würden seit der Approbation mindestens $3\frac{1}{2}$ bezw. $4\frac{1}{2}$ Jahre verstreichen, bis die Vorbedingung zum Aufrücken erfüllt wäre. Demnach würden schon allein die zeitlichen Verhältnisse es schwierig, ja wohl ziemlich unmöglich machen, beide aufgestellten Forderungen zu vereinen. Aber auch abgesehen hiervon ergibt sich eine andere Schwierigkeit. Wenn nämlich der angehende Irrenarzt erst unter allen Umständen die staatsärztliche Prüfung ablegen muß, so wird er sich natürlich mit der eigentlichen Psychiatrie zunächst nur soweit beschäftigen, als er es eben für diesen Zweck notwendig hat, und sich mit Eifer besonders auch an die zahlreichen anderen Gebiete, deren Kenntnis beim staatsärztlichen Examen von ihm gefordert wird, heranbegeben. Er würde also nach der Beförderung zum Oberarzt auf allen möglichen Gebieten, die für seinen eigentlichen Beruf gar keinen oder nur relativ geringen Wert haben, Bescheid wissen, aber gerade auf dem Spezialgebiete, wo er selbständig den besonderen Anforderungen genügen soll, nun erst anfangen müssen, sich völlig einzuarbeiten. Günstiger würden in dieser Beziehung die Verhältnisse liegen, wenn man die in manchen Provinzen geschaffenen

Zwischenstufen der Abteilungsärzte beibehalten würde, womit ich aber nicht gesagt haben will, daß ich diese Einrichtung für zweckmäßig halte.

Nützt nun aber wenigstens die auf die Ablegung der staatsärztlichen Prüfung verwandte Zeit und Mühe dem Psychiater für sein Spezialfach derart, daß es wünschenswert erscheint, diese Forderung zu stellen? Es würde sicher einen Zweck haben, wenn man den Anstaltsärzten auch in sanitätspolizeilichen Angelegenheiten innerhalb der Anstalt die Obliegenheiten der beamteten Ärzte übertragen würde. Das ist aber bei der vorhandenen Organisation der Sanitätspolizei völlig ausgeschlossen und bereits durch den Runderlaß der Minister der Medizinalangelegenheiten und des Innern vom 19. Juli 1906 — M. d. g. A. M. Nr. 12817, M. d. I. Ia Nr. 5968 — endgültig abgelehnt worden. Und ebenso liegt die Sache bei den gerichtsärztlichen Angelegenheiten. Auch hier tritt bei besonderen, das Eingreifen gerichtlicher Behörden erforderlich machenden Vorkommnissen der Gerichtsarzt in Tätigkeit, nicht der Anstaltsarzt, selbst wenn er die staatsärztliche Prüfung bestanden hat.

Nun könnte man darauf hinweisen, daß wegen der nachzuweisenden Kenntnisse auf hygienischem Gebiete im weitesten Sinne, einschließlich dem der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, ein solches Examen wünschenswert erschiene. M. E. sind als Grundlage für die weitere hygienische Ausbildung die beim Studium erworbenen und in der ärztlichen Prüfung nachgewiesenen Kenntnisse durchaus genügend, die Erweiterung derselben, soweit sie auf dem speziellen Gebiete der Anstaltsverwaltung erforderlich ist, läßt sich aber, ganz abgesehen von der Teilnahme an besonderen Kursen, viel eher dadurch erreichen, daß man den Ärzten in die Verwaltungsangelegenheiten einen möglichst weitgehenden Einblick gewährt und so zur Beschäftigung mit diesen wichtigen Gegenständen anregt. Dasselbe gilt für die gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen, die am besten und vollständigsten durch die Praxis kennen gelernt werden, da ja diese Bestimmungen so häufig bei Aufnahmen, Entlassungen, Begutachtungen usw. erörtert und angewandt werden müssen. Die für den Irrenarzt ebenfalls besonders wichtige Technik der Verwaltung einer Krankenanstalt wird durch die Vorbereitung zum Kreisarztexamen ja überhaupt nicht berührt. Niemand verlangt ja auch von dem leitenden Arzte oder einem Oberarzte einer sonstigen Krankenanstalt, sei er Chirurg oder innerer Mediziner oder in sonst einem Spezialfach tätig, oder von dem Professor den Nachweis der bestandenen staatsärztlichen Prüfung, damit er ein Krankenhaus verwalten bezw. bei der Verwaltung mittätig sein kann. Warum also bei dem Spezialgebiet der Irrenheilkunde?

Was nun endlich den etwaigen Hinweis auf die forensische Psychiatrie anbetrifft, so ist da zu entgegnen, daß gerade hier der Irrenarzt da in Tätigkeit tritt, wo vielfach eben der Gerichtsarzt sich auf diesem Spezialgebiete nicht mehr für ausreichend hält, z. B. bei den zur Beobachtung Aufgenommenen. Auch in den anderen Fällen, wie Entmündigung, Ehescheidung etc., hat man nicht nötig, das ganze Gebiet der gerichtlichen Medizin zu beherrschen, sondern man kann die einschlägigen Bestimmungen sehr wohl in der Praxis lernen, indem man, mit ausgewählt leichten Fällen beginnend, angehalten wird, sich zunächst unter Mitwirkung erfahrener älterer Kollegen, dann mehr selbständig mit der Begutachtung zu beschäftigen.

So sehr es also für den einzelnen von Vorteil sein mag, die staatsärztliche Prüfung zu bestehen, schon weil er dadurch die größere Möglichkeit hat, wenn es ihm in der irrenärztlichen Laufbahn nicht gefällt, sich anderweitig eine sichere Lebensstellung zu verschaffen, so glaube ich doch nicht, daß es im Interesse der irrenärztlichen Laufbahn liegt, in diesem Spezialfach das Aufrücken in höhere Stellungen von dem Bestehen der staatsärztlichen Prüfung abhängig zu machen. Ja, ich glaube sogar, daß mancher daran Anstoß nehmen wird, unter diesen Verhältnissen überhaupt in die Anstaltslaufbahn einzutreten, und so der an und für sich geringe Zuwachs noch mehr vermindert werden könnte.

Die simulierte Geistesstörung König Davids.

Von Dr. *H. Kornfeld*, Geh. Med. Rat.

In den altbiblischen kanonischen Schriften findet sich als einziges Beispiel von Simulation geistiger Störung I. Sam. Kap. XXI folgender Bericht:

V. 10. „Alsdann floh David und kam zu Achis, König von Seth.

V. 11. Und die Diener Achis sprachen zu ihm: Ist das nicht jener David, des Landes König? Ist das nicht der, von dem gesungen wurde „Saul hat Tausend erschlagen und David Zehntausend?“

V. 12. Und David nahm sich diese Worte zu Herzen und fürchtete sich sehr vor Achis . . .

V. 13. Und er verstellte sich in ihrer Gegenwart und gab sich vor ihnen als Narren, bekritzelte die Türpfosten und ließ den Speichel in den Bart rinnen.

V. 14. Und Achis sagte: Siehe, ein Verrückter. Wozu habt Ihr ihn mir zugeführt?

V. 15. Mangelt es mir an Verrückten, daß Ihr mir usw."

Auffällig ist, daß diese Auffassung der Geistesstörung des Königs doch derjenigen, welche man sonst bei den Orientalen annimmt, widerspricht: Bekanntlich gelten die Geistesgestörten im Orient als unantastbar, als von einer höheren Macht erfaßt, dem gewöhnlichen Leben und seinen Rechten und Pflichten entrückt. Dann: Ist es glaublich, daß Achis die Diagnose auf Geistesstörung auf Grund seiner einmaligen Beobachtung gestellt haben wird? Es ist aber leicht zu erklären, warum der König sofort die Freilassung Davids gebot. Achis durchschaute nämlich die Verstellung und hatte Mitleid mit dem flüchtigen Helden, der zu einem solchen Mittel Zuflucht nahm, um sein Leben zu retten. Verf. behält sich vor, dies noch ausführlich zu begründen.

Zur Frage der Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthalts auf die Strafzeit. (§ 493 St. P. O.)

Von Dr. *Peter Rixen*, leitender Arzt der Irrenabteilung am Königl. Strafgefängnis in Breslau.

(Fortsetzung.)

Noch eine wichtige Aufgabe ist den Sicherungsanstalten zuzuweisen: die sichere dauernde Internierung der gewohnheitsmäßigen, gemeingefährlichen, geisteskranken Verbrecher. Vor wenigen Wochen hat Rechtsanwalt Weinberg in der Deutschen Juristenzeitung sehr beherzigenswerte Mitteilungen zur Bekämpfung des gemeingefährlichen Verbrechertums gemacht. Er hebt hervor, wie die Disziplinen, welche die schärfsten Waffen des Staates in dem Kampfe gegen das gewohnheitsmäßige, gemeingefährliche Verbrechertum sein sollten, Strafrecht, Strafprozeß und Strafvollzug gänzlich versagt haben, wie die Zahl der Rückfälligen immer mehr anschwillt, und fordert angesichts dieser Tatsachen ein schärferes Vorgehen, die Einführung einer Sicherungshaft eventuell auf Lebenszeit. Unsere Strafjustiz ist hinsichtlich des Strafmaßes so unpsychologisch wie nur möglich. Nach der Schwere des Deliktes und den Umständen wird die Strafe genau nach Jahren, Monaten und Tagen bemessen, und wenn die Strafe abgelaufen ist, dann wird der Mensch wieder losgelassen zu neuen Verbrechen. Es gibt zahlreiche Fälle, in denen man mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit voraussagen kann, daß der zur Entlassung kommende Gefangene in kürzester Frist neue schwere Verbrechen begehen wird. Mit Gewalt drängt sich da der Gedanke auf: Welches Kind, welches Mädchen wird das nächste Opfer dieses Sittlichkeitsverbrechers sein? Wer wird diesem Messerstecher zum Opfer fallen? An wessen Eigentum wird der Entlassene sich nun wieder vergreifen? Die Vorschläge Weinbergs, die einen Schutz der Gesellschaft bedeuten, sind daher lebhaft zu begrüßen. Es ist erfreulich, daß, nachdem Kraepelin und Aschaffenburg für die Abschaffung des Strafmaßes eingetreten sind, ähnliche Gedanken und Forderungen von juristischer Seite geäußert werden.

Eine gleiche Sicherung, wie sie Weinberg für den nicht geisteskranken gemeingefährlichen Verbrecher fordert, ist für den geisteskranken gemeingefährlichen Verbrecher unbedingt notwendig. Es ist eine Pflicht der Notwehr der Gesellschaft, daß die einen wie die anderen unschädlich gemacht werden, solange ihre Gemeingefährlichkeit besteht. Die Sicherungsanstalten sollen den geisteskranken gemeingefährlichen Verbrecher auch über das Strafende hinaus festhalten, weitere Verbrechen in seinem Interesse und zum Schutze der Allgemeinheit verhüten. In ihnen sollen Sicherheits- und psychiatrische Maßnahmen miteinander Hand in Hand gehen. Die gewaltigen Schwierigkeiten, die sich einem solchen Unternehmen in den Weg stellen, sind mir nicht unbekannt. Auf der andern Seite aber sind die großen Vorteile derartiger Einrichtungen nicht zu verkennen. Die hohen Kosten für die Errichtung und Verwaltung solcher Anstalten haben eine Verminderung der Kosten der Strafrechtspflege und des Strafvollzuges zur Folge, vor allem aber würde die Rechtssicherheit, die gerade durch die Behandlung der geisteskranken Verbrecher in dem Bewußtsein des Volkes einen gewaltigen Stoß

erlitten hat, gewinnen. Eine Beschwerung der Irrenanstalten, deren Aufgabe dann lediglich die Behandlung und Pflege nichtkrimineller Geisteskranker sein würde, fiele dann von selbst weg.

Nach Abschluß des vorstehenden Aufsatzes gingen mir noch die beiden folgenden Entscheidungen des Landgerichts und Oberlandesgerichts in Düsseldorf zu. Zum Verständnis derselben mögen folgende Angaben dienen: Der Tagelöhner Johann Sch. wurde am 21. Dezember 1883 von der Strafkammer des Landgerichts in Düsseldorf wegen Diebstahls im wiederholten Rückfall zu einer Zuchthausstrafe von sieben Jahren verurteilt. Während der Verbüßung dieser Strafe wurde er geisteskrank und nach der Irrenanstalt der Alexianer in Neuß überführt. Aus dieser entwich er im Oktober 1887 und verübte in Düsseldorf eine Reihe schwerer Einbruchsdiebstähle. Wegen derselben erhielt er am 28. Februar 1888 von der Strafkammer des Landgerichts in Düsseldorf eine Zuchthausstrafe von 15 Jahren. Sch. hatte also zunächst die siebenjährige Zuchthausstrafe aus dem Urteile vom Jahre 1883 und im Anschluß an diese die Strafe von 15 Jahren Zuchthaus aus dem Urteile vom Jahre 1888 zu verbüßen. In der Folgezeit hat sich Sch. noch in einer ganzen Reihe von Irrenanstalten befunden und wurde auch wiederholt durch Verfügungen der Minister aus der Strafhaft entlassen. Nach Ablauf der siebenjährigen Zuchthausstrafe befand Sch. sich am 10. Januar 1891 noch in der Irrenanstalt in Neuß. Die Königliche Strafanstalt berechnete den Beginn der nun folgenden 15jährigen Zuchthausstrafe mit dem Tage der Wiedereinlieferung des p. Sch. in die Strafanstalt in Werden, dem 12. April 1893. Nachdem durch Beschluß des Landgerichts in Düsseldorf vom 26. Nov. 1904 (cf. meine Abhandlung in Nr. 26, II. Beschluß) Sch. sein Aufenthalt in den Irrenanstalten in die Strafzeit eingerechnet worden war, stellte er den Antrag, den Beginn der 15jährigen Zuchthausstrafe auf den 10. Januar 1891 festzusetzen, obwohl er sich damals in der Irrenanstalt befand. Darauf erging unter dem 24. Juli 1907 folgender, dem Antrage des p. Sch. entsprechender Beschluß des Landgerichts in Düsseldorf. Die gegen denselben von seiten der Staatsanwaltschaft erhobene Beschwerde wurde durch den gleichfalls angeführten Beschluß des Oberlandesgerichts in Düsseldorf vom 9. August 1907 zurückgewiesen. Damit war die Angelegenheit endgültig zu gunsten des Sch. entschieden, da gegen Entscheidungen der Oberlandesgerichte eine Beschwerde nicht stattfindet (§ 346 St. P. O.).

Beschluß.

In der Strafsache gegen den Tagelöhner Johann Heinrich Sch., zur Zeit in Werden in Strafhaft wegen Diebstahls im wiederholten Rückfalle, beschließt die Ferienstrafkammer III des Königlichen Landgerichts in Düsseldorf: „Als Beginn der Strafzeit, welche der Verurteilte aus dem Urteile der II. Strafkammer des Landgerichts in Düsseldorf vom 28. Februar 1888 verbüßt, wird der 10. Januar 1891 festgesetzt.

Gründe.

Der Tagelöhner Johann Heinrich Sch. wurde durch Urteil der Strafkammer des Landgerichts in Düsseldorf vom 21. Dezember 1883 unter Aufhebung der im Urteil desselben Gerichts vom 13. Juli 1883 gegen ihn erkannten Gefängnisstrafe von 18 Monaten zu einer Gesamtstrafe von sieben Jahren Zuchthaus mit der Maßgabe verurteilt, daß der etwa verbüßte Teil der früheren Strafe auf die spätere Gesamtstrafe voll in Anrechnung zu bringen sei. Letztere Maßgabe war gegenstandslos, weil die Vollstreckung des Urteiles vom 13. Juli 1883 noch nicht begonnen hatte.

Der damals in Untersuchungshaft befindliche Verurteilte verzichtete durch Schreiben an die Staatsanwaltschaft vom 23. Dezember 1883, eingegangen bei der Staatsanwaltschaft am 25. und bei Gericht am 28. desselben Monats, auf Einlegung eines Rechtsmittels gegen das Urteil vom 21. Dez. 1883. Hiernach begann die Vollstreckung der darin erkannten Zuchthausstrafe von 7 Jahren am 28. Dez. 1883, d. i. in dem Zeitpunkte, in welchem der Verzicht dem Gericht zugegangen ist, an das er offensichtlich gerichtet sein sollte. (§ 344, 482 St. P. O.) Die Strafzeit würde bei regelmäßigem Verlaufe am 28. Dezember 1890 geendet haben, endete aber in Wirklichkeit erst am 10. Januar 1891. Dies infolge einer Unterbrechung von insgesamt 13 Tagen, während denen der Verurteilte vom 24. bis 31. Oktober 1887, 7. bis 10. Oktober 1889 und 17. bis 20. September 1892 dreimal entwichen war.

Während seiner Entweichung vom 24. bis 30. Oktober 1887 verübte der Angeklagte neue Straftaten, derentwegen er durch Urteil der Strafkammer II des Landgerichts in Düsseldorf vom 28. Februar 1888 zu 15 Jahren Zuchthaus verurteilt wurde. Diese Strafe sollte im Anschluß an die siebenjährige Zuchthausstrafe aus dem Urteile vom 21. Dezember 1883 vollstreckt werden. Beim Ablauf der letzteren Strafe befand sich der Verurteilte in einer von der Strafanstalt getrennten Irrenanstalt, der Alexianeranstalt in Neuß. Dorthin war er während der Verbüßung der ersten siebenjährigen Zuchthausstrafe am 7. Februar 1889 wegen Geisteskrankheit gebracht worden, ohne daß eine Unterbrechung der Strafvollstreckung von der Staatsanwaltschaft angeordnet worden wäre.

Vielmehr rechnete die Staatsanwaltschaft die Dauer des Aufenthaltes in jener Irrenanstalt in die Strafzeit von sieben Jahren Zuchthaus aus dem Urteile vom 21. Dezember 1883 ein. Am 12. April 1893 wurde der Verurteilte zufolge Verfügung des Regierungspräsidenten zu Düsseldorf vom 2. desselben Monats

der Strafanstalt in Werden zur weiteren Verbüßung seiner Strafe wieder eingeliefert.

Die Staatsanwaltschaft berechnet nunmehr den Beginn der Strafzeit von 15 Jahren Zuchthaus aus dem Urteile vom 18. Februar 1888 vom 24. April 1893 ab, nämlich dem Zeitpunkte der Wiedereinlieferung aus der Irrenanstalt in die Strafanstalt in Werden. Der Verurteilte beantragt als den Beginn dieser Strafzeit den 7. Januar 1891 festzusetzen, an dem die erste Strafzeit von sieben Jahren Zuchthaus aus dem Urteile vom 21. Dezember 1883 angeblich ablief.

Die Staatsanwaltschaft stützt sich auf den Wortlaut des § 493, Abs. 1 St. P. O., welcher lautet:

„Ist der Verurteilte nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht worden, so ist die Dauer des Aufenthalts in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen, wenn nicht der Verurteilte mit der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, die Krankheit herbeigeführt hat."

Dabei macht die Staatsanwaltschaft geltend, daß die Vollstreckung der Strafe aus dem späteren Urteile vom 18. Februar 1888 zur Zeit der Unterbringung des Verurteilten in der Alexianeranstalt noch nicht eingeleitet gewesen sei.

Die Erwägungen der Staatsanwaltschaft sind aus einem doppelten Gesichtspunkte unrichtig. Einmal ist bei der Auslegung einer gesetzlichen Bestimmung nicht an dem buchstäblichen Sinne des Ausdruckes zu haften. Aus den Vorschriften der §§ 493 wie 482 St. P. O. ergibt sich der allgemeine Grundsatz, daß die Lage des Verurteilten dadurch keine Verschlimmerung erfahren soll, daß dem alsbaldigen Beginne wie der Fortsetzung der Strafvollstreckung Hindernisse entgegentreten, die nicht durch ihn selbst herbeigeführt sind. Der § 493 Abs. 1 ist deshalb sinngemäß auch auf denjenigen Fall anzuwenden, in welchem zwei selbständige Strafen in unmittelbarem Anschluß aneinander vollstreckt werden sollen und die Vollstreckung der ersten Strafe bereits begonnen hat.

Zum andern nimmt die Staatsanwaltschaft irrtümlich an, daß die Vollstreckung der zweiten Strafe erst am 12. April 1893 eingeleitet worden sei. Aus den Umständen ergibt sich, daß die Staatsanwaltschaft die Vollstreckung der beiden gleichartigen Strafen von sieben und 15 Jahren Zuchthaus aus den beiden Urteilen vom 21. Dezember 1883 und 18. Februar 1888 im Zusammenhange und unmittelbaren Anschluß aneinander betrieben hat. Denn sie hat weder eine Anordnung getroffen, durch welche die Entlassung des Verurteilten aus der Strafhaft am 7. bezw. 10. Januar 1901 kenntlich gemacht worden wäre, noch hat sie den ihr sonst nach § 487 St. P O. von Amtswegen obliegenden Aufschub der Strafvollstreckung aus dem zweiten Urteile vom 18. Februar 1888 bis zur Genesung des geisteskranken Verurteilten verfügt. Hiernach beginnt die Strafzeit aus dem Urteile vom 18. Februar 1888 am 10. Januar 1891. Im übrigen ist für die Berechnung der Strafzeit nach §§ 490, 494 Absatz 4 St. P. O. der dem Verurteilten noch zustehende Beschluß der Strafkammer II des Landgerichts in Düsseldorf vom 26. November 1904 maßgebend. Dieser verhält sich ohne Prüfung des damals nicht in Zweifel gezogenen Strafbeginns über die Berechnung der Strafzeit nach deren Beginn. In entsprechender Anwendung dieses Beschlusses ist das Ende der Strafzeit nach Verlauf von 15 Jahren und 117 Tagen auf den Ablauf des 7. Mai 1906 zu berechnen.

Düsseldorf, den 24. Juli 1907.

Königliches Landgericht, 3. Ferienstrafkammer.

Beschluß.

In der Strafsache gegen den Tagelöhner Johann Heinrich Sch., zuletzt in der Strafanstalt zu Münster i. W. wegen Diebstahl, im wiederholten Rückfalle hat auf die von der Königlichen Staatsanwaltschaft bei dem Landgericht zu Düsseldorf gegen den Beschluß der III. Ferienstrafkammer dieses Gerichts vom 24. Juli 1907 erhobene sofortige Beschwerde der Ferienstrafsenat des Königlichen Oberlandesgerichts zu Düsseldorf am 9. August 1907 beschlossen: Die Beschwerde wird auf Kosten der Staatskasse zurückgewiesen.

Gründe.

Der Tagelöhner Sch. ist durch Urteil der Strafkammer des Landgerichts Düsseldorf vom 21. Dez. 1883 zu sieben Jahren Zuchthaus verurteilt worden. Die Strafverbüßung begann am 28. Dezember 1883. Während einer Entweichung aus der Strafhaft verübte Sch. im Jahre 1887 neue Straftaten, wegen deren er durch Urteil des nämlichen Gerichts vom 28. Febr. 1888 zu 15 Jahren Zuchthaus verurteilt wurde. Die Staatsanwaltschaft ersuchte die Strafanstalt Werden um Vollstreckung dieser Strafe mit dem Bemerken: Strafbeginn nach Beendigung der zur Zeit noch zu verbüßenden Strafe. — Am 7. Februar 1889 wurde Sch. wegen Geisteskrankheit in die von der Strafanstalt getrennte Irrenanstalt der Alexianer in Neuß überführt. Beim Ablauf der Verbüßung der Strafe von sieben Jahren Zuchthaus, — zu den sieben Jahren traten noch 13 Tage hinzu, während welcher er entwichen war — nämlich am 10. Januar 1891, befand sich Sch. noch in der Alexianer-Anstalt. Erst am 13. April 1893 wurde er aus dieser der Strafanstalt in Werden zur weiteren Strafverbüßung wieder zugeführt.

Wegen der von dem Verurteilten angeregten Bedenken über den Ablauf der Verbüßung der zweiten Strafe hat die Königliche Staatsanwaltschaft die Entscheidung des Gerichts herbeigeführt. Durch den angefochtenen Beschluß ist der 10. Januar 1891 als Tag des Beginnes der Verbüßung der Strafe von 15 Jahren Zuchthaus festgesetzt worden. Mit der sofortigen Beschwerde beantragt die Königliche Staatsanwaltschaft, den 12. April 1893 als Tag des Beginnes der Strafverbüßung festzusetzen Der Beschwerde ist der Erfolg zu versagen.

Sch. ist im Jahre 1889 als Strafgefangener und vorbehaltlich der Wiedereinziehung im Falle der Genesung in die Alexianeranstalt eingeliefert worden, in der er — von dem durch mehrmaliges Entweichen

ermöglichten Aufenthalt außerhalb der Anstalt abgesehen — bis zum 12. April 1893 verblieben ist. Weil die Strafvollstreckungsbehörde eine Unterbrechung der Vollstreckung nicht hat eintreten lassen, ist der Aufenthalt in der Anstalt gemäß § 493 St. P. O. auf die Strafzeit von sieben Jahren Zuchthaus angerechnet worden. In den Verhältnissen, unter denen der Verurteilte in der Anstalt untergebracht war, hat sich aber nach dem 10. Januar 1891, dem Tage der Beendigung der Verbüßung der ersten Strafe, nichts geändert. Insbesondere hat die Vollstreckungsbehörde nicht mit Rücksicht auf die Beendigung jener Verbüßung eine Entlassung aus der Strafhaft herbeigeführt. Sch. verblieb also nach wie vor als Strafgefangener zur Verfügung der Vollstreckungsbehörde. Bei dieser Sachlage rechtfertigt es sich, den Aufenthalt in der Irrenanstalt von der Verbüßung der ersten Strafe an auf die Strafzeit der zweiten Verurteilung anzurechnen.

Die Beschwerde erachtet dies für unzulässig, weil § 493 St. P. O. nur die Anrechnung einer nach Beginn der Strafvollstreckung in einer Krankenanstalt zugebrachten Zeit auf die Strafdauer gestatte, und weil hier gemäß dem an die Strafanstalt Werden gerichteten Ersuchen und im Einklang mit der Vorschrift des § 487 Abs. 1 St. P. O. die Verbüßung der zweiten Strafe erst mit der Wiedereinlieferung in die Strafanstalt begonnen habe.

Aber die Worte „nach Beginn der Strafvollstreckung" in der Vorschrift des § 493 stehen hier deren Anwendung nicht entgegen. Der Sinn der Vorschrift ist der: Wenn ein Strafgefangener erkrankt und, ohne daß ihm aus diesem Grunde zeitweilig die Freiheit wiedergegeben wird, in einer von der Strafanstalt getrennten Krankenanstalt untergebracht wird, so soll dies rücksichtlich der Verbüßung nicht anders angesehen werden, als wie wenn der Kranke in eine mit der Strafanstalt verbundene Krankenanstalt verbracht worden, also trotz der Erkrankung in der Strafanstalt verblieben wäre. (S. Beschluß des O. L. G. Colmar vom 7. 7. 1891 bei Goldtammer Bd. 39 S. 189.) Diese Bestimmung beruht auf der Erwägung, daß dem Verurteilten billigerweise auch die Zeit außerhalb der Strafanstalt als Strafzeit anzurechnen ist, während welcher er tatsächlich Strafgefangener bleibt und fortdauernd der Verfügung der Vollstreckungsbehörde untersteht. Der Umstand, daß die Vollstreckung regelmäßig schon vor der Aufnahme des Strafgefangenen in die Krankenanstalt begonnen hat, hat mit Grund und Zweck der Bestimmung des § 493, der Anrechnung der in der Krankenanstalt verbrachten Zeit auf die Strafdauer nichts zu tun. Die Worte „nach Beginn der Strafvollstreckung" in dieser Bestimmung haben keine andere Bedeutung als: während der Vollstreckung; sie enthalten im übrigen nur einen Hinweis auf den Gegensatz zu den Vorschriften, die sich mit dem Falle der Erkrankung eines Verurteilten vor Beginn der Vollstreckung befassen (§ 487 St. P. O.). Weil die Vollstreckungsbehörde die Vollstreckung während der Dauer der Unterbringung des Sch. in der Alexianeranstalt nicht unterbrochen und ihn auch nach Verbüßung der ersten Strafe nicht aus der Strafhaft entlassen hat, so war er bis zum Schlusse des Aufenthaltes in der Krankenanstalt in der Lage eines Strafgefangenen; und diese Vollstreckung — im Sinne von § 493 St. P. O. — kann sich nach dem 10. Jan. 1891 nur auf die zweite Strafe bezogen haben.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **XIII. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Leipzig, 26. und 27. Oktober 1907.** Referent: H. Haenel-Dresden.

Der erste Einführende, Flechsig eröffnete die Versammlung und gedenkt der im Laufe des Jahres verstorbenen Mitglieder, unter denen er die Namen Möbius und Hitzig besonders hervorhebt. Die Versammlung ehrt ihr Andenken durch Erheben von den Plätzen.

Zum Vorsitzenden der ersten Sitzung wird Sommer-Gießen, dem der zweiten Weber-Sonnenstein, gewählt.

Vorträge.

1. Flechsig, Leipzig. Über die Hörsphäre des menschlichen Gehirns (mit Demonstration).

Vortragender ist im Laufe seiner Untersuchungen dazu gekommen, das Hörfeld, das in der ersten Temporalwindung zu suchen war, immer mehr einzuengen. Seine embryologischen Präparate haben ihn auf die sogenannte vordere Querwindung geführt, die, im Boden der fossa Sylvii gelegen, an die hinterste Inselwindung grenzt, gewissermaßen die Wurzel der ersten Temporalwindung darstellt. Sie führt den Namen Heschlsche Windung. Beim Neugeborenen zeigen sich in dieser Windung die ersten markhaltigen Fasern des Schläfenlappens. Man kann sie als die primäre Hörstrahlung bezeichnen. Verfolgt man sie an Sagittalschnitten, so mündet sie im inneren Kniehöcker, was ihren Charakter als Hörbahn beweist. Degenerationen nach Schläfenlappenzerstörung nehmen denselben Weg. Fraglich ist allerdings, ob wir in ihr die einzige Hörleitung vor uns haben. Bei isolierter Zerstörung der linken hinteren Querwindung ist klinisch nur Worttaubheit gefunden worden (Wernicke), bei doppelseitiger Zerstörung Anakusie; die Kleinheit des vorliegenden Rindengebietes braucht kein Argument gegen ihren Charakter als Hörsphäre zu sein. Makroskopisch hat Vortr. auch Verschiedenheiten zwischen linker und rechter vorderer Querwindung gefunden: Die Heschlsche Querfurche ist links häufiger als rechts, bei Männern häufiger als

bei Frauen. Zwei Querwindungen kommen rechts häufiger als links vor. Die Stabkranzfaserung zur linken Querwindung ist in der Regel reicher als zur rechten. Auch in der Rindenstruktur zeigt die Heschlsche Windung gewisse nur ihr zukommende Eigenheiten. — An einer größeren Zahl entwickelungsgeschichtlicher und Degenerationspräparate demonstriert Vortr. die beschriebenen Verhältnisse.

Diskussion.

Rothmann weist auf Tieruntersuchungen hin, die Munk und er selbst im Schläfengebiete angestellt haben. Ersterer hatte das Hörfeld ursprünglich viel größer gefunden, nachträglich eingeschränkt. R. fand mit Hilfe genauerer auf Tondressur beruhender Prüfungen an Hunden, daß ein voller Ausfall des Gehörs erst eintritt, wenn der ganze Schläfenlappen und noch angrenzende Gebiete zerstört sind. Selbst kleinste übriggebliebene Rindenreste ermöglichen die Restitution des Gehörs.

Flechsig: Tier- und Menschengehirne können nicht ohne weiteres verglichen werden, beim Gorilla z. B. ist die vordere Querwindung viel größer als beim Menschen.

Hänel: Es ist ein methodologischer Unterschied, ob man die ursprünglich funktionierenden Sinnesfelder sucht, oder die Grenzen derer bestimmt, die vikariierend für jene eintreten können. Daraus mag sich der Widerspruch zwischen Flechsigs und Rothmanns Hörsphäre erklären.

Döllken: Auch in der Hörfähigkeit sind die Unterschiede zwischen Tieren und Menschen so erhebliche, daß die Verhältnisse des einen nicht ohne weiteres auf die anderen übertragen werden können. Die meisten Versuchstiere haben ein schärferes Gehör als der Mensch.

v. Nissl: Die Erfahrungen am Menschen haben gezeigt, daß die nach doppelseitiger Schläfenlappenzerstörung entstandenen Gehörsstörungen sich nicht wieder herstellen im Gegensatz zum Hund.

Rothmann widerspricht diesem: Doppelseitig operierte Tiere werden und bleiben taub, wenn die Rinde im genannten Umfang wirklich völlig zerstört war.

Flechsig hält selbst die vervollkommnete Hörprüfung der Tiere noch für ein sehr unsicheres Verfahren. Er weist auch darauf hin, daß eine Untersuchung der Funktionen des N. vestibularis kaum ausführbar ist.

2. Anton, Halle. Über geistigen Infantilismus. Vortr. versucht die Frage zu lösen, wie weit bei den Gehirnmißbildungen Stillstand resp. Rückschlag oder aber atypisches Wachstum zu ersehen ist und überträgt diese Frage auch auf die psychischen Äußerungen angeborener Defekte. Er unterscheidet frühkindliche und spätkindliche Typen. Nicht alle körperlich auf kindlicher Stufe Gebliebenen zeigen Intelligenzdefekte, andererseits gibt es aber eine weitabgestufte Reihe von psychoinfantilen Typen, welche entsprechende Verzögerung der körperlichen Entwickelung ganz oder großenteils vermissen lassen. Vortr. bezeichnet diese als formes frustes oder juvenile Typen. Dieselben sind im normalen Leben sehr häufig, werden aber selten als solche erkannt. Er skizziert in Umrissen ihre seelischen Grundeigenschaften. Auffallend häufig neigen sie zu neuropathischen und hypochondrischen Beschwerden. Die klassischen Kindertypen sind nicht allein durch Schilddrüsenstörungen hervorgerufen, sondern können auch von anderen Drüsen sowie frühzeitigen Schädigungen ausgelöst werden. Bei ihnen zeigt auch der Körper gleichmäßige Miniaturdimensionen, kindliche Proportionen und kindlich unentwickelte Organe, speziell Genitalien. Vortr. gibt auch von ihnen einen Abriß des Seelenlebens, der zeigt, daß sie absolut nicht als schwachsinnig im gewöhnlichen Sinne bezeichnet werden können. Einfache Assoziationsprüfungen ergaben das Überwiegen der konkreten und individuellen Vorstellungen gegenüber den abstrakten. In der Urteilsbildung ist ein sichtbarer Mangel festzustellen. Die Bildung allgemeiner Begriffe ist sehr begrenzt. Die Beziehungen zu den anderen Menschen werden meist durch ein gut entwickeltes Vermögen der „Einfühlung" reguliert, ebenso ist ihre Suggestibilität ausgesprochen. Die Stimmungslage zeigt wie bei Kindern rasches Schwanken in Extremen. Die ethischen Gefühle sind meist ausreichend vorhanden, wenn auch gewissermaßen in einer Ausgabe für Kinder. Sexuelle Gefühle treten sehr in den Hintergrund. Vortr. glaubt in der großen und vielgestaltigen Krankheitsgruppe der Imbezillen dem Infantilismus als solchem eine gesonderte Stellung anweisen zu müssen. Es liegt ein Psychomechanismus vor, wie er dem Vollsinnigen arteigen ist, nur in Miniaturausgabe. Beim Schwachsinnigen dagegen ist der Psychomechanismus in seinen Beziehungen verzerrt, die geistige Physiognomie ist verändert. Bezüglich des seelischen Neuerwerbs, der Erlernung von Fertigkeiten stehen die Infantilen den Kindern näher als den Imbezillen. Das Verhältnis des Verstandes und Affektlebens ist beim Infantilen ein ausgeglichenes, beim Imbezillen oft schwer gestörtes. Beim Imbezillen handelt es sich um eine Umartung, eine Umgestaltung des ganzen Funktionsplanes des Gehirns, beim Infantilismus einfach um ein Ausbleiben der Fortentwickelung.

Auch bei akuten und degenerativen Psychosen kann zeitweise eine Rückverwandlung in einen dem kindlichen ähnlichen Geisteszustand eintreten, besonders auffällig ist dies auch oft bei der Hysterie, doch sind diese Zustandsbilder von dem hier besprochenen Infantilismus ihrem Wesen nach zu trennen.

3. Held, Leipzig. Über Zusammenhang und Entwickelung der Ganglienzellen, mit Demonstrationen über den Bau der Neuroglia.

Die Ausführungen des Vortr. richten sich gegen die Neuronenlehre. Er unterscheidet bei den Resultaten der Golgi-Imprägnation drei Stadien: 1. bei unvollständiger Imprägnation erscheinen die Zellfortsätze frei verästelt, 2. in weiteren Stadien erscheinen die Nervenfasern mit den Ganglienzellen durch „Endfüßchen" verbunden; 3. bei sekundären Osmiumfärbungen sind diese Endfüßchen scharf vom Protoplasma der Ganglienzelle abgesetzt; 4. bei Protoplasmafärbung zeigt sich das Nerven-Endfüßchen granuliert durch Neurosomen, die in die Substanz

der Zelle übergehen. Es besteht also statt des nach 3. scheinenden Kontaktes eine Kontinuität. Die einzelnen Endfüße sind auf der Oberfläche der Ganglienzelle ihrerseits durch Netzwerk untereinander verbunden: perizelluläres Nervennetz. Bei Fibrillenfärbung sieht man, daß auch die Fibrillen des Nervenendfußes sich mit denen der Ganglienzelle mischen und verbinden.

Gegenüber Apathy und Bethe stimmt Vortr. im Prinzip mit der Hisschen Neuroblastenlehre überein. Die Neuroblasten sind die Bildungszellen der Neurofibrillen. Entgegen His hat er dagegen nie ein Freiwachsen der embryonalen Nervenfaser gesehen, diese wächst stets in den Interzellularbrücken der embryonalen Bindegewebszellen.

Schon in sehr frühen Stadien hat er zwischen den einzelnen Neuroblasten durch Fibrillen hergestellte Verbindungen festgestellt, die auch später nicht wieder aufgegeben werden, woraus folgt, daß die Ganglienzelle keine genetische Einheit ist. Das spätere Fibrillenbild ist nicht mononeuroblastisch, sondern polyneuroblastisch zusammengesetzt: Jede Nervenfaser empfängt Wurzeln aus mehreren Neuroblasten. Weiter wendet sich Vortr. gegen die Zellkettentheorie. Die Schwannschen Zellen bilden sich aus Zellen, die aus dem Medullarrohr entlang den in den Zellbrücken liegenden Fibrillenbündeln sich verschieben und letztere sekundär umscheiden: sie sind ausgewanderte Gliazellen und, wie diese, für die Ernährung der Fibrillen von großer Wichtigkeit, nicht nur einfache Stützsubstanz. Die retrograde Veränderung der Ganglienzelle nach peripherer Nervendurchschneidung beweist das Abhängigkeitsverhältnis beider. Die exzentrische Stellung des Zellkerns hierbei erinnert an das embryonale Bild.

Die Schwannschen Zellen haben also die Nervenfaser nicht gebildet; es wohnt ihnen aber bis zu einem gewissen Alter eine Regenerationskraft für diese inne. Die Versuche Bethes über autogene Regeneration lassen sich vielleicht dadurch erklären, daß man im peripheren Stumpf versprengte Ganglienzellen hat finden können. (Fortsetzung folgt)

— **Der Deutsche Verein für Psychiatrie** gedenkt auch in diesem Jahre einen **Fortbildungskurs** für Psychiater zu veranstalten, der vom 8. bis 28. Oktober in Berlin stattfinden soll. Es werden höchstens 30 Teilnehmer zugelassen und zwar zunächst diejenigen, welche von ihren Behörden bis zum 1. Mai angemeldet sind. Nur wenn hierdurch die zulässige Zahl nicht erreicht wird, können andere Meldungen berücksichtigt werden.

Der Beitrag jedes Teilnehmers zu den Honoraren und sonstigen Unkosten stellt sich auf 80 M.

Ähnlich wie im vorigen Jahre sind in Aussicht genommen: für Nervenheilkunde 20 Stunden, für Hygiene 20 Stunden, für pathologische Anatomie 16 Stunden, für Chirurgie 14 Stunden, für innere Medizin 12 Stunden.

Die Psychiatrie ist auch diesmal nicht berücksichtigt, weil der Verein mit der Einrichtung der Kurse zunächst den Zweck verfolgt, die Teilnehmer mit neueren wissenschaftlichen Ergebnissen und Methoden auf den Gebieten der Medizin vertraut zu machen, die zu ihrer Berufstätigkeit in Beziehung stehen, jedoch ohne besondere Vorkehrungen nicht zugänglich sind. Eine weitergehende Ausbildung im eigenen Fache fügt sich in den Rahmen dieser Kurse nicht wohl ein. (Diesem Zwecke dienen dagegen z. B. die an der Münchener psychiatrischen Klinik vom 9. bis 28. November d. Js. abzuhaltenden Kurse, über die Auskunft erteilt wird von Herrn Oberarzt Dr. Alzheimer, München, Rückertstraße 1II.)

Anmeldungen und etwaige Anfragen werden erbeten an Sanitätsrat Dr. Hans Laehr in Schweizerhof zu Zehlendorf, Wannseebahn.

Der Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie.
gez. Kraepelin. Kreuser. Laehr. Moeli.
Pelman. Siemens. Tuczek.

Personalnachrichten.

— **Hannover.** In dem Ärztepersonal der hannoverschen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten sind folgende Veränderungen vorgekommen:

1. Zu Abteilungsärzten sind ernannt die Assistenzärzte: Dr. med. Wendenburg früher in Göttingen an der Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg, Dr. med. Reinelt an der Heil- und Pflegeanstalt Göttingen und Dr. med. Stüber an der Heil- und Pflegeanstalt Hildesheim.

2. Als Assistenzarzt in den Dienst der hiesigen Provinzial-Verwaltung eingetreten sind: Dr. med. Williger am Sanatorium für Nervenkranke Rasemühle b. Göttingen, Dr. med. Bartsch an der Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg, Dr. med. Jänecke an der Heil- und Pflegeanstalt Osnabrück und Dr. med. Borchers an der Heil- und Pflegeanstalt Hildesheim.

3. Der Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache Langenhagen Dr. med. Tantzen ist verstorben. An dessen Stelle ist der Abteilungsarzt Dr. Behr in Lüneburg zum Oberarzt in Langenhagen ernannt.

4. Aus dem Dienst der hiesigen Provinzial-Verwaltung ausgeschieden sind die Assistenzärzte Dr. med. Rizor und Cantor an der Heil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache Langenhagen, Dr. med. Fehsenfeld und Mette an der Heil- und Pflegeanstalt Göttingen, Dr. med. Topp an der Heil- und Pflegeanstalt Hildesheim und Dr. med. Lomer an der Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg. Ferner ist ausgeschieden der Abteilungsarzt Dr. med. Vogt in Langenhagen zwecks Übernahme der Leitung der pathologischen Abteilung des Dr. Senkenbergschen neurologischen Instituts in Frankfurt a. M.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Beiblatt zu Nr. 50
der Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift
7. März 1908.
Red.: Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz, Schlesien.
Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

Liste unbekannter Geisteskranker. Nr. 48.

Nachstehend abgebildeter Knabe ist am 27. September 1906 in Kattowitz aufgegriffen worden. Personalbeschreibung: Größe 1,44 m, Kopfumfang 56 cm. Guter Ernährungsstand. Kräftige Muskulatur. Haut gelblich-graubraun; im Genick und zwischen den Schultern viele kleine weiße Narben. Am linken Oberarm Impfnarben. Glatte Schnittnarben an der Stirn, hinter dem linken Ohr und unterhalb des dritten Wirbels. X-Beine, Plattfüße. Hände und Füße kurz und weich. Nägel kurz und breit. Brüste fast weiblich. Haltung etwas gebückt, Gang schwerfällig. Augen blau, leicht bräunlich gefleckt, tiefliegend. Ohren klein, über den Läppchen gewulstet. Nase breit, platt; Nasenwurzel tiefliegend. Mund breit; Lippen etwas aufgeworfen. Backenzähne defekt. Gaumen flach. Stirn breit, Stirnhöcker stark vortretend. Haar dunkelblond, dicht, stark. Hals kurz. Alter etwa 16 Jahre. Der Knabe ist taubstumm und äußert sich nur durch unartikuliertes Lachen und Schreien. Er beobachtet sehr gut, ist willig und verrichtet gern leichte Hausarbeiten. Er hält sich sauber und kleidet sich an und aus. Bekleidung: Brauner, weicher, stark abgetragener Filzhut, graues Jacket und Hose, schwarze Weste, weißes Hemd aus grober Leinwand, defekte Gamaschen.



Mitteilungen, welche zur Ermittelung der Herkunft dieses Knaben dienen, wolle man unter IIa, Un. 17/12 VII an den Landarmenverband der Provinz Schlesien, Breslau, Landeshaus, Gartenstraße, gelangen lassen.



Nr. 49.

Der nebenstehend Abgebildete nennt sich Max Napoleon, auch Winkler, will am 8. 6. 1850 in Österreich geboren sein und wird für Rechnung des Rheinischen Landarmenverbands in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Johannisthal verpflegt. Die Richtigkeit seiner Angaben scheint zweifelhaft. Es wird gebeten, Angaben, die zur Ermittelung der Person des Kranken und seines Vorlebens dienen können, an den Landeshauptmann der Rheinprovinz in Düsseldorf — Postfach — gelangen zu lassen.

Neunter Jahrgang. Nr. 51. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt,** Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **G. Anton,** Halle. Prof. Dr. **Bleuler,** Zürich. Direktor Dr. **van Deventer,** Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger,** Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt,** Geh Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini,** Rom. Direktor Dr. **Morel,** Mons (Belgien). Direktor Dr. **v. Olah,** Budapest. Direktor Dr. **Ritti,** St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss,** Wien. Prof. Dr. **Ernst Schultze,** Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer,** Giessen. Direktor Dr. **Urquhart,** Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt,** Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**
Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark

Kgl. Württ. Heilanstalt Zwiefalten.

An der hiesigen Anstalt sind zwei

Assistenzarztstellen

(5. u. 6. Arzt) zu besetzen. Anfangsgehalt bei völlig freier Station u. Verpflegung in I. Klasse 1970 M. jährlich und außerdem 200 M. Getränkeentschädigung. Bewerbungen sind mit Zeugnissen belegt b. d. Direktion einzureichen.

Hilfsarztstelle.

An der **Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch** in Baden ist neuerdings die Stelle eines Hilfsarztes zu besetzen. Anfangsgehalt 2000 M. bar und mehr je nach Vorbildung und seitherig. Anstaltstätigkeit; außerdem freie Station. Regelmäßige Gehaltszulagen. Aussicht auf etatmäß. Anstellung bei Bewährung i. Dienste. Bewerbung. m. Personalien, Lebenslauf etc. werden an den Direktor der Anstalt erbeten.

Wiesloch, den 10. Febr. 1908.

Gr. Direktion der Heil- und Pflegeanstalt.

Dr. Fischer.

Zweite Oberin gesucht.

Die unterzeichnete Klinik sucht zu baldigem Antritt eine in der Krankenpflege wohlerfahrene zweite Oberin, welche sich bereits in einer derartigen Stellung bewährt hat. Gehalt jährlich 900 M. neben freier Station I. Klasse. Pensionsberechtigung.

Gesuche sind bis 1. April 1908 mit selbst geschriebenem Lebenslauf und Zeugnissen einzusenden an die **Direktion der Psychiatrischen und Nervenklinik d. Universität Leipzig.**

Haematogen Hommel

völlig alkohol- und ätherfrei

(gereinigtes concentr. Haemoglobin [DRP. Nr 81391] 80% chem. reines Glyzerin inkl Geschmakscorrigens 20%).

Warnung!

Wir warnen vor Nachahmungen und bitten stets **Haematogen Hommel** zu ordinieren. „Haematogen Hommel" wird zur sicheren Abtötung etwaiger Bakterien während 24 Stunden der höchst zulässigen Temperatur (ca 55° C) ausgesetzt, ist daher absoluttuberkelbazillenfrei, völlig entgast und frei von Hippursäure und flüchtiger Fettsäure, während die auf kaltem Wege mittels Ätherfällung dargestellten Nachahmungen nur gewöhnliche Mischungen repräsentieren, sie bieten keine Sicherheit der Keimfreiheit und bleiben mit den Gasen und Exzetionsstoffen des Blutes belastet.

Neuronal

(Bromdiaethylacetamid D. R.-P.)

Bewährtes, unschädliches **Hypnoticum** in Gaben von 0,5—1,0—2,0 g.
Ausgezeichnetes **Sedativum** und Ersatz der Bromsalze in Gaben von 1—2—3 g. pro die
Antiepilepticum 3 mal täglich 0,5 g.
Analgeticum bei epileptischem Kopfweh 0,5 g.
Neuronal-Tabletten zu 0,5 g

Neurofebrin **(Neuronal-Antifebrin āā).** Hervorragende Erfolge bei nervösem Kopfschmerz, Migräne und den Unruhezuständen der Frauen zur Zeit der Menses.
Neurofebrin-Tabletten zu 0,5 g 937

Orexin	Jodol	Hetol
echtes Stomachicum **Orexin-Tabletten** und **Orexin-Chocol.-Tabletten.**	Bester Jodoform-Ersatz **Menthol-Jodol.**	**Hetol-Injektionen.**

Litteratur durch: **Kalle & Co. A.-G., Biebrich a. Rh.**

An der Königlich Sächsischen Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke zu **Hubertusburg** bei Wermsdorf ist die Stelle eines

Hilfsarztes

alsbald zu besetzen. Monatsbezug 200 M. Dauernde Anstellung im Staatsdienste bald erreichbar. Psychiatrische Vorbildung wird nicht erfordert. Bewerbungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion der Anstalt einzusenden.

BROMURAL

α-Monobromisovalerianylharnstoff.

Ein neues Nervenberuhigungs- u. Schlafmittel.

Fast geschmackfrei, geruchlos und ohne Nebenwirkung. 959
Indikation: Leichte, nervöse Schlaflosigkeit, Hysterie, Neurasthenie etc.
Dosis: 2 Tabletten à 0,3 g Originalröhrchen zu 20 Tabletten à 0,3 g.
Literatur und Proben kostenlos.

Knoll & Co., chem. Fabrik, **Ludwigshafen a. Rhein.**

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Prof. Dr. Soxhlet's Nährpräparate:

Nährzucker u. verbess. **Liebigsuppe** in Pulverform in Dosen von 1/2 kg Inh zu 1 50 M.

Nährzucker-Kakao in Dosen von 1/2 kg Inhalt zu 1.80 M

Eisen-Nährzucker mit 0,7 % ferrum glycerin-phosphoric. die Dose von 1/2 kg Inhalt 1,80 M.

Eisen-Nährzucker-Kakao mit 10% ferrum oxydat saccharat. sol. Ph. IV. die Dose von 1/2 kg Inh. [illegible] M

Leicht verdauliche **Eisenpräparate, klinisch bewährt bei Atrophie und Anämie.**

[illegible] .H Aerzten Literatur und Proben kosten- und spesenfrei

Nährmittelfabrik München, G. m. b. H., in Pasing bei München.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 51. 14. März 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Ist das Selbständigkeit!

(Bemerkungen zu den Kommissions-Beschlüssen.)

Von Dr. *Fr. Resch.*

Die Hauptübel des Anstaltsdienstes sind die absolute Unselbständigkeit der Ärzte, die völlige Abhängigkeit in ihrer ärztlichen Tätigkeit von dem Direktor, das Fehlen eigener Verantwortung in ihrem Beruf. Das beweist jedem älteren Arzt die Erfahrung, das beweisen auch die zahlreichen Mitteilungen von Anstaltsärzten in der Wochenschrift. Es wäre Aufgabe der Kommission gewesen, den Ärzten Selbständigkeit in weitgehendem Maße, eigene Verantwortung und Beseitigung der jetzigen unwürdigen Abhängigkeit von dem guten Willen des Direktors zu schaffen. Hierin hat die Kommission versagt.

Eine verhältnismäßig selbständige Stellung im Anstaltswesen hatte bisher der II. Arzt. Als dauernder Vertreter des Direktors mit den Befugnissen des Direktors hatte er naturgemäß eine gewisse Bedeutung und Einfluß. Die Kommissionsbeschlüsse sind nun über die Stellung des II. Arztes stillschweigend hinweggegangen. Es ist klar, daß man diese Arztstellen fallen lassen will. Man wünscht statt der festen Stellung des II. Arztes einen Wechsel in der Besetzung der Vertreterstelle. Dieser Beschluß beseitigt die bisher allein selbständigere Stelle des II. Arztes, die überall in Preußen durch jahrelangen Bestand in der Organisation der Anstalten fest eingelebt war, und macht sie zu einer abhängigen Arztstelle. Wie entschieden man in dieser Richtung vorgeht, beweist der Beschluß, die Funktionszulage des Vertreters fallen zu lassen. Mit diesen Vorschlägen wird nicht nur die einzige selbständige Arztstelle beseitigt, es wird auch die Selbständigkeit der übrigen Ärzte wesentlich gemindert. Gerade das Vorhandensein eines dauernden Stellvertreters schafft gegenüber der übermächtigen Stellung des Direktors eine Kompensation. Wer den Anstaltsbetrieb kennt, weiß, daß ein derartiges Gegengewicht nötig und für den Anstaltsbetrieb von Vorteil ist. Wechselt der Vertreter, so fällt dieser notwendige Regulator weg. Die Wahl des Vertreters wird nach Lage der Dinge vom Direktor abhängen. Seine Wahl wird natürlich auf die Gefügigsten, oder anders ausgedrückt, auf die mit „besonderer Beamtenqualifikation" fallen. Der Einfluß des Direktors wird dadurch wesentlich gesteigert, die Selbständigkeit der Ärzte gedrückt. Annehmbar wäre der Wechsel in der Vertretung nur unter bestimmter Bedingung. Einmal könnte die Stellung des Direktors ebenfalls eine zeitlich begrenzte werden. Der Direktor wäre aus der Zahl der Oberärzte für etwa drei Jahre zu wählen. Der Vorteil dieser Organisation für die Selbständigkeit der Ärzte ist offensichtlich. In die Anstalten würde neues Leben gebracht. Eine Stagnation wäre ausgeschlossen; Auswüchse des jetzigen Direktorwesens wären unmöglich. Oder die Stelle des Direktors könnte dauernd bleiben. Es müßte dann zur Kompensation für den Wegfall der Dauerstellung des II. Arztes die Selbständigkeit der übrigen Oberärzte dem Direktor gegenüber festgelegt werden. Die Oberärzte müßten dem Direktor koordiniert werden. Bei der verlangten Vorbildung wären sie dem Direktor durchaus an psychiatrischen Kenntnissen gleich und zu selbständiger Arbeit befähigt. Die Koordination wäre ohne weiteres durchzuführen. Der Direktor hätte die Vertretung der Anstalt den Behörden gegenüber; er bearbeitet die allgemeinen Anstaltsfragen, ihm sind die Beamten usw. unterstellt. Alle Fragen werden aber in der Konferenz der Oberärzte unter Vorsitz des Direktors entschieden durch Stimmabgabe, wobei dem Direktor die entscheidende Stimme zufiele. Eine derartige Koordination wird zweifellos bei den meisten Direktoren als phantastisch bezeichnet werden. Das erklärt sich sehr einfach aus dem Bildungsgang mancher Direktoren, die unter den heutigen Anstaltsverhält-

nissen aufgekommen, weder sich die nötige Frische des Entschlusses und Charakterfestigkeit gegenüber den Behörden gewahrt haben, noch ihren Ärzten genügende Fähigkeiten zu solcher Selbständigkeit zutrauen. Der heutige Anstaltsbetrieb ist eine Schule der Unselbständigkeit, welche vorwiegend unterwürfige und gefügige Naturen heranzieht, selbständige Charaktere aber abstößt. Die geforderte Selbständigkeit und eigene Verantwortung würde aber diesen Mängeln schnell abhelfen. Nichts ist geeigneter, tüchtige Leute zu bilden, als eigene Verantwortung.

Daß diese Vorschläge diskutabel sind, zeigen mir die Beschlüsse der Lehrerkonferenz in Elberfeld. Ich führe sie nach der Frankfurter-Zeitung vom 19. Febr. 1908 an:

„An der Spitze eines jeden Lehrerkollegiums steht der von der Behörde ernannte Schulleiter; er führt den Titel Hauptlehrer oder Rektor, ist aber den Mitgliedern des Kollegiums nicht über-, sondern nebengeordnet. Als Vorsitzender des Kollegiums erledigt er die sich aus dem Verkehr zwischen Behörde und Kollegium ergebenden laufenden Geschäfte und leitet die Systemkonferenzen, deren Entscheidungen durch Mehrheitsbeschlüsse herbeigeführt werden. Eine besondere Instruktion regelt die Befugnisse des Leiters. In Bezug auf Klassenführung hat der Hauptlehrer oder Rektor keinerlei Vorrechte vor seinen Mitarbeitern. Die Anwartschaft auf die Hauptlehrer- oder Rektorstelle gibt allein die Bewährung im Dienste. Der Hauptlehrer oder Rektor wird für seine Mehrarbeit durch eine nach der Größe der Schule zu bemessende Dienstzulage entschädigt."

Diese Beschlüsse sind hervorgegangen aus der Erkenntnis, daß nur selbständige Arbeit tüchtige Männer heranbilden kann. Für berufserfahrene, gebildete Männer ist eine ständige Beaufsichtigung unwürdig und überflüssig. Eine Aufsicht, wie sie heute noch in den Anstalten üblich ist, muß jede Arbeitsfreudigkeit und Begeisterung vernichten. Es wäre zu hoffen, daß diese Wahrheit auch von den Anstaltsärzten nicht nur erkannt, sondern auch betätigt würde.

Die Kommission begnügt sich mit dem Rat an die Direktoren, sie möchten sich als Konsiliarii betrachten und ihre Ärzte selbständig arbeiten lassen. Sie überläßt also die Selbständigkeit der Ärzte dem guten Willen des Direktors. Die Selbständigkeit kann den Oberärzten aber nur geschaffen werden durch neue Dienstvorschriften, die den Direktoren die ärztlichen Funktionen, welche sie zur Zeit offiziell haben, tatsächlich aber nicht mehr ausüben können, nehmen und den Oberärzten zu selbständiger Ausübung mit voller Verantwortlichkeit zuweisen. Die ärztlichen Leistungen der Direktoren werden bei Vorhandensein einer größeren Zahl psychiatrisch durchgebildeter und erfahrener Oberärzte, die dem Durchschnitt der jetzigen ärztlichen Leiter gleichwertig sind, entbehrlich. Die Oberärzte sind tatsächlich befähigt, völlig selbständig den ärztlichen Anstaltsdienst zu leiten und ihn ohne ärztliche Aufsicht des Direktors zu versehen. Schon jetzt wird in Wirklichkeit der ärztliche Dienst von den Oberärzten geleistet. Die Direktoren geben selbst zu, daß sie nicht mehr den ärztlichen Betrieb übersehen, die einzelnen Kranken genügend kennen lernen können, um die Verantwortung zu tragen. Sie kommen auch in der Regel gar nicht mehr zu praktischer ärztlicher Tätigkeit, sondern zehren vielfach nur von ihren Reminiszenzen. Es ist nicht nur möglich, sondern nötig im Interesse der Anstalten, daß den veränderten Verhältnissen offiziell Rechnung getragen und den Oberärzten gegenüber den Direktoren Selbständigkeit und Verantwortung in Ausübung ihrer ärztlichen Funktion gegeben wird. Gerade die Machtstellung des Direktors, die allein ausschlaggebende Bedeutung seiner Person, der Umstand, daß er ausschließlich die Verantwortung trägt und demgemäß auch ausschließlich von der Behörde gehört, sein Urteil und seine Vorschläge maßgebend sind, während auf die Ansichten der Ärzte nie rekurriert wird, obgleich gerade diese als die jüngeren den Fortschritt und die neuen Ideen oft genug tragen, verschulden vielfach die Rückständigkeit von Anstalten. Die Behörden werden bei Anstellung einer größeren Zahl ausgebildeter Oberärzte im eigensten Interesse allen Grund haben, in Zukunft auch diese zu hören. Unterließen sie es, so würden sie eine Summe von potentieller Energie brach liegen lassen, für die sie beträchtliche Aufwendungen machen. Sie hätten einen Überschuß an vollwertigen Kräften ohne adäquates Arbeitsfeld. Eine derartige Organisation ist ein Unding. Sie wird auch die Zustimmung einer urteilsfähigen Behörde nie finden können. Das erste Ziel einer sachgemäßen Organisation ist, mit möglichster Ersparnis an Arbeitskräften zu arbeiten. Die vorgeschlagene Organisation arbeitet aber mit einem unnötigen und teuren Überschuß. Außer dem Direktor will sie eine große Zahl Oberärzte, die ihrem Wissen und Erfahrung nach Direktoren sein könnten.

Aus denselben Gründen ist auch die vorgeschlagene Zahl der Ärzte zu hoch. Ein ausgebildeter Oberarzt kann eine weit größere Zahl von Kranken übersehen und behandeln, zumal in den Anstalten die Mehrzahl der Kranken chronische Fälle sind. Eine Anstalt von 700 Kranken wird erfahrungsgemäß von drei Oberärzten versorgt; vier Oberärzte sind mit Rück-

sicht auf Urlaube für 700 Kranke einer Anstalt bei 25 bis 30% Aufnahme und forensischer Tätigkeit vollauf genügend. Die Vorschläge der Kommission setzen dagegen ein Minimum von Arbeitsfähigkeit voraus, das für die Anstaltsärzte nur beschämend sein kann. Ich bitte mir eine Behörde zu nennen, in deren Organisation eine solche unwirtschaftliche Verschwendung von Arbeitskräften getrieben wird. Das richtige Urteil scheint abhanden gekommen zu sein. Das liegt am heutigen System. Indem die Ärzte dauernd am direktoriellen Gängelband geführt werden, werden sie künstlich unselbständig gemacht, die Arbeitslust ihnen genommen.

Tüchtige und zufriedene Ärzte wird man nur schaffen durch Selbständigkeit und eigene Verantwortung. Dazu ist aber die erste Bedingung Beseitigung des herrschenden Systems der Unselbständigkeit in der Organisation des Anstaltsdienstes.

Zur Ärztefrage.

Von Dr. *Kerris*, Galkhausen.

Nach dem Vorschlag der Kommission sollen die Anstalten aufgeteilt werden unter den definitiv angestellten Ärzten, welche voneinander unabhängige, selbständige kleinere Abteilungen zu führen hätten und nur dem Direktor unterstellt wären. Ich fürchte, daß diese Aufteilung an großen Anstalten mit großer Aufnahmeziffer und dieser entsprechender lebhafter Fluktuation selbst bei gutem kollegialen Einvernehmen zu leicht den organischen Zusammenhang stört. Nehmen wir z. B. an, wir hätten bei einer Anstalt von 800 Kranken und 500 Aufnahmen im Jahr neben dem Direktor sieben Ärzte (nach dem Vorschlag der Kommission würden es ja mehr sein) und diese seien alle definitiv angestellt, so hätten wir sieben selbständige, voneinander unabhängige Abteilungen; die Männerabteilung (oder die Frauenabteilung) von 400 Kranken zerfiele also in vier voneinander unabhängige Abteilungen. Nun steht ja über dem Ganzen der Direktor; aber bedarf es bei der Geschäftslast, welche dieser zu bewältigen hat, nicht einer näheren Hand, welche mit der Gesamtabteilung vertrauter ist, diese leitet und das Band, welches die verschiedenen kleineren Abteilungen zu einer Abteilung verbindet, hält? Die älteren Ärzte dürften es auch nicht freudig begrüßen, daß nach drei Jahren die Ärzte ganz dieselben Rechte erhalten wie die älteren Ärzte, welche etwa zehn Jahre und noch länger im Dienste sind, und dürften es nicht gern sehen, wenn sie, welche bisher — wenigstens in der Rheinprovinz — eine größere Abteilung, eine Geschlechtsseite, führten, nunmehr auf die Führung einer kleineren Abteilung beschränkt werden. Das ist ja für sie bequemer, aber Arbeiten ist befriedigender. Wenn die Sache es erforderte, wären ja die Gefühle der älteren Ärzte nicht maßgebend, aber ich frage denn doch, wozu sammeln sie ihre Erfahrungen, wenn die fest angestellten jüngeren Ärzte in ihrer Selbständigkeit nicht gehalten sind, Rat von ihnen anzunehmen? Die Übertragung von Verwaltungsgeschäften scheint mir kein genügender Ersatz für den Verlust einer großen Abteilung zu sein.

Ich weise nochmals auf meinen Vorschlag in Nr. 16 dieser Wochenschrift hin. Ich bitte es nicht als unbescheiden aufzunehmen, sondern als sachlich gemeint, wenn ich glaube, daß dieser Vorschlag allen Teilen, den Direktoren, den älteren und den jüngeren Ärzten, mehr gerecht wird. Ich ging davon aus, daß die älteren Ärzte von ihrer Unselbständigkeit unbefriedigt sind und die Direktoren überlastet sind und an großen Anstalten mit großer Aufnahmezahl die Kranken nur schwer übersehen können. Ich maße mir nicht an, über die Tätigkeit der Direktoren zu urteilen, aber es wird doch erlaubt sein, alle beteiligten Faktoren ins Auge zu fassen. Nach der Entwickelung, welche die Anstalten genommen haben, können die Direktoren an großen Anstalten nicht mehr der alleinige Schwerpunkt bleiben und müssen, vorausgesetzt, daß die Provinzialverwaltungen einer diesbezüglichen Anregung derselben günstig gegenüberstehen, einen Teil ihrer Selbständigkeit und Verantwortlichkeit — beide sind untrennbar — abgeben. Wirksam werden sie meines Erachtens nur entlastet, wenn sie von der Verantwortlichkeit für einen Teil ihrer Kranken entbunden werden und diese an ältere Ärzte übertragen wird. Und weshalb sollte man längere Zeit im Amt befindlichen Akademikern nicht einen selbständigen Wirkungskreis zuweisen? Auch der Irrenarzt wächst mit den höheren Aufgaben, welche ihm gestellt werden. Die Einheit der Anstalt darf darunter natürlich nicht leiden, und sie wird gewahrt, wenn der Direktor eine konsultierende und revidierende Tätigkeit ausübt. Daß er sich ganz auf diese beschränkt, dürfte nicht in seinem Sinne liegen, und er es lieber sehen, wenn er wenigstens mit einem Teile der Kranken in innigerem Kontakt bleibt.

Das Verhältnis der fest angestellten jüngeren Ärzte zu den Abteilungsleitern, wie ich sie auffasse, ist dieses, daß unter dem Abteilungsleiter die jüngeren Ärzte Unterabteilungen führen; letztere sind in der Behandlung der Kranken nicht beschränkt; für den Ton und Geist der Abteilung, die Erziehung des Pflegepersonals ist ersterer verantwortlich; er leitet auch die psychische Behandlung und ist der vornehmliche Ratgeber seiner Kranken für alles, was deren Wohl und Wehe betrifft. Fühlt der Unterleiter sich durch den Leiter zu Unrecht beschränkt, so steht ihm der Rekurs an den Vorgesetzten aller, den Direktor, zu. Und wenn der Abteilungsleiter sowohl vom

Direktor wie von der vorgesetzten Behörde (Dezernent des Irrenwesens, Landespsychiater) revidiert wird, so wird der fest angestellte jüngere Arzt darin kein Herabdrücken seiner Position erblicken können, wenn er, statt nur dem Direktor unterstellt zu sein, einem Abteilungsleiter untersteht.

Die Titelfrage spielt nun einmal im Leben eine große Rolle. Aus diesem Grunde halte ich es für erwünscht, daß die fest angestellten Ärzte Oberärzte betitelt werden. Es soll dies ihre Stellung nach außen hin, im gesellschaftlichen Leben heben. Wenn es trotzdem für erforderlich gehalten wird, in der Bezeichnung einen Unterschied zu schaffen, was meines Erachtens nicht nötig ist, so könnte man im dienstlichen Verkehr die Abteilungsleiter Leitende oder Erste Oberärzte oder bloß Leitende Ärzte nennen.

Die Gehaltsregulierung, wie sie die Kommission vorgeschlagen hat, wird bei meinem Vorschlag der Dienstverteilung keine Abänderung zu erfahren brauchen.

Eine wichtige Standesfrage.

Von Direktor Dr. *Dees*, Gabersee.

Zu dem Artikel von Oberarzt Dr. Wagner, Bayreuth, in Nr. 48 dieser Wochenschrift, möchte ich noch folgendes ausführen: Den Vorschlag, es solle an den großen Irrenanstalten zwischen der Stelle des Direktors und des Oberarztes eine neue Stelle — analog dem Konrektor der Mittelschulen — geschaffen werden, habe ich auf der Würzburger Versammlung 1906 deutlich und nachdrücklich gemacht. Aber nicht etwa wegen der Priorität greife ich in dieser mir sehr wichtig erscheinenden Frage zur Feder, sondern wegen der Sache, zumal ich mich zu erinnern glaube, daß auch andere Kollegen die gleiche oder eine ähnliche Anregung gegeben haben. Mir erscheint es viel zweckmäßiger, zwischen dem Direktor und dem Oberarzt, welcher der wirkliche Abteilungsarzt sein soll, eine Stelle zu schaffen, als zwischen Oberarzt und Assistenzarzt. Die Gründe dafür hat Wagner sehr schön und überzeugend dargelegt. Ich möchte hier nun konstatieren, daß der Vorschlag praktisch sehr wohl durchführbar und geeignet ist, die unter der Überbürdung mit Verwaltungsgeschäften seufzenden Direktoren zu entlasten. In Gabersee ist er auch praktisch zum Teil durchgeführt, und ich zweifle nicht, daß er sich vorteilhaft hier wie anderwärts auch ganz durchführen ließe. Der dem Direktor zunächststehende Kollege — er mag den Titel Kondirektor, was allerdings nicht gut klingt, oder zweiter Direktor, oder Haupt- oder Chefarzt führen — soll, abgesehen von seinen speziellen Obliegenheiten, der besondere Vertrauensmann des Direktors sein, mit dem er auch subtilere Dinge, deren es ja in einer Irrenanstalt so viele gibt, besprechen kann. Kollegiale Beratung schwieriger Angelegenheiten wird manche Härte vermeiden lassen, manchen rauhen Weg ebnen, unter Umständen auch goldene Früchte zeitigen. — Damit soll natürlich nicht gesagt sein, daß sich der Direktor von den übrigen Ärzten steif abschließen soll. Im Gegenteil! Zur Besprechung wissenschaftlicher und praktischer Fragen sollen die regelmäßigen Konferenzen des gesamten ärztlichen Kollegiums reichlich Gelegenheit bieten.

Zur Frage der Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthalts auf die Strafzeit. (§ 493 St. P. O.)

Von Dr. *Peter Rixen*, leitender Arzt der Irrenabteilung am Königl. Strafgefängnis in Breslau.

(Schluß.)

Schließlich erhalte ich noch folgenden bemerkenswerten Beschluß des Oberlandesgerichts in Düsseldorf vom 26. Oktober 1907, der gleichfalls prinzipiell nach der von mir vertretenen Auffassung den Irrenanstaltsaufenthalt auf die Strafzeit in Anrechnung bringt:

Beschluß.

In der Strafsache gegen den früheren Direktor G. T. hat auf die sofortige Beschwerde der Ehefrau G. T., den Beschluß des Königl. Landgerichts II, Strafkammer zu D. vom 29. Juli 1907, durch welchen der Antrag der Ehefrau des G. T., zu beschließen, daß ihrem Ehemanne diejenige Zeit, die er nach seiner Überführung aus dem Königl. Gefängnis in M. in den von diesem Gefängnis getrennten Krankenanstalten und Irrenhäusern inzwischen verbracht habe und bis zum Ablauf seiner Strafzeit noch verbringen werde, in seiner Strafzeit anzurechnen sei, kostenpflichtig abgelehnt ist, der Strafsenat des Königl. Oberlandesgerichts in Düsseldorf am 26. Oktober 1907 beschlossen:

Der Beschluß der Ferienstrafkammer I des Königlichen Landgerichts in D. vom 29. Juli 1907 wird aufgehoben. Dem Strafgefangenen G. T. z. Z. in der Provinzialheilanstalt A. ist diejenige Zeit, die er nach seiner Überführung aus dem Kgl. Gefäng-

nis in M. in den von diesem Gefängnis getrennten Krankenanstalten und Irrenhäusern inzwischen verbracht hat und bis zum Ablauf der Strafzeit noch verbringen wird, in seine Strafzeit einzurechnen.

Gründe:

Durch rechtskräftiges Urteil des Schwurgerichts zu D. ist der Angeklagte G. T. zu sechs Jahren Gefängnis, unter Anrechnung von sechs Monaten Untersuchungshaft, verurteilt worden. Die Gefängnisstrafe hat er am 27. Oktober 1903 in der Königl. Strafanstalt in M. angetreten. Da der Angeklagte dort in Geisteskrankheit verfiel, beantragte der Direktor der Strafanstalt seine Entlassung aus der Haft. Unter dem 23. April 1907 erklärten sich die Minister des Innern und der Justiz mit der Entlassung des Angeklagten aus der Haft der Königl. Strafanstalt in M. gegenüber einverstanden, worauf G. T. seitens der Strafanstalt am 7. Mai nachmittags 4 Uhr behufs Überführung in das Hospital in M. aus der Strafhaft entlassen wurde. Die Polizeiverwaltung in M., welche die einstweilige Unterbringung in dem Hospital bewerkstelligt hatte, hat sodann den Kranken am 20. Juli 1907 in der Provinzialheilanstalt in A. untergebracht. Ausweislich der Akten ist die Haftentlassung ohne Mitwirkung der Kgl. Staatsanwaltschaft erfolgt. Sie hat davon erst am 9. Mai durch die Mitteilung einer Abschrift des Ministerial-Erlasses vom 23. April und Benachrichtigung von der Überführung in das Hospital seitens der Strafanstalt Kenntnis erhalten. Darauf hat eine fortwährende Überwachung des Angeklagten behufs Verhinderung eines Entweichens und Ermöglichung weiterer Strafvollstreckung stattgefunden. So weist der Justizminister am 4. Mai den Oberstaatsanwalt in D. an, den Ersten Staatsanwalt in D. zu einer Äußerung darüber zu veranlassen, ob er „mit Rücksicht auf die Persönlichkeit des T. Maßnahmen zur Sicherung der Wiederaufnahme der Strafvollstreckung für den Fall des etwaigen Wiedereintritts der Strafvollzugsfähigkeit des Verurteilten ins Auge zu fassen beabsichtige“, und daraufhin ersucht der Oberstaatsanwalt den Ersten Staatsanwalt zu einer baldigen Äußerung darüber. Von diesem Zeitpunkt an wird der Kranke von der Königl. Staatsanwaltschaft auch stets als Gefangener gekennzeichnet und behandelt. So fragt sie am 23. Mai 1907 bei der Direktion des Hospitals an, ob die Einrichtungen des Hospitals für die Aufnahme eines an heftigen Gemütserregungen leidenden Geisteskranken eine Gewähr böten, daß ein Entweichen so gut wie ausgeschlossen erscheine. Ferner erkundigt sie sich unter dem 4. Juni bei der Polizeiverwaltung in M., ob die Einrichtungen der gewählten Anstalt für die sichere Verwahrung des T. eine hinreichende Gewähr böten, worauf die Polizeibehörde erwidert, daß sie die ihr überwiesenen „Verbrecher“ stets, solange die Verhandlungen wegen der Unterbringung in eine Provinzialheilanstalt schwebten, in der Irrenstation des Hospitals unterbringe. Als dann der Angeklagte in der Provinzialheilanstalt A. aufgenommen ist, fragt die Staatsanwaltschaft dort an, ob besondere Maßnahmen zur Verhinderung einer Entweichung des Kranken vorgesehen seien, und berichtet nach eingetroffener Antwort am 10. Juli an den Oberstaatsanwalt, das Verhalten des T. biete für den Verdacht, daß er sich mit Fluchtgedanken trage, keinen Anhalt, auch würde die Flucht aus der verschlossenen Anstalt nicht leicht sein; sie werde in regelmäßigen Zeiträumen von etwa sechs Monaten über den Zustand des Kranken Erkundigungen einziehen, habe aber von besonderen Maßnahmen zur Sicherung einer etwaigen Wiederaufnahme der Vollstreckung Abstand genommen, weil der Eintritt der Strafvollzugsfähigkeit anscheinend in weiter Ferne liege.

Hieraus ergibt sich unzweifelhaft, daß eine wirkliche Unterbrechung der Strafvollstreckung gar nicht eingetreten ist. Denn einerseits hat die vom Gesetze allein berufene Strafvollstreckungsbehörde, die Kgl. Staatsanwaltschaft (§ 483 St. P. O.) eine Unterbrechung des Strafvollzuges gar nicht angeordnet, vielmehr ist die Entfernung des Angeklagten aus der Strafanstalt lediglich durch den Vorstand, nach erfolgter Erklärung des Einverständnisses der Minister des Innern und der Justiz erfolgt, ohne daß die Staatsanwaltschaft von diesem Vorhaben überhaupt Kenntnis hatte. Die Strafvollstreckung ist also gesetzlich gar nicht unterbrochen, da auch durch § 147 Abs. 1 und § 148 Nr. 2 G. V. G. der Landesjustizverwaltung nicht die Befugnis gegeben ist, an Stelle der Staatsanwaltschaft beim Landgericht oder Oberlandesgericht (§ 146 G. V. G.) Strafvollstreckungshandlungen vorzunehmen. Es hat aber auch eine tatsächliche Unterbrechung der Strafvollstreckung, eine Aufhebung der Freiheitsbeschränkung und Überweisung des Angeklagten hier infolge der fortwährenden Überwachung des Angeklagten durch die Staatsanwaltschaft nicht stattgefunden, zumal die Staatsanwaltschaft von besonderen Maßregeln zur Verhütung einer Flucht offenbar deshalb Abstand genommen hat, weil ein Entweichen aus der verschlossenen Anstalt nicht als wahrscheinlich erschien. In dieser Überwachung, die nur behufs gelegentlicher Wiedereinlieferung in die Strafanstalt und nicht etwa im Interesse des Angeklagten selbst oder zum Schutze dritter Personen stattfand, ist eine Weitervollstreckung des Urteils zu erblicken (vergl. auch Entsch. des Oberlandesgerichts Hamburg vom 6. Dez. 1900, Goltammers Archiv Bd. 39, S. 189 u. Bd. 50, S. 337), so daß nach § 493 St. P. O. die Dauer des Aufenthaltes in den von der Strafanstalt getrennten Heilanstalten in die Strafzeit einzurechnen ist. Bei dieser Sachlage bedurfte es keiner Erörterung der streitigen Frage, ob der § 493 St. P. O. grundsätzlich auch bei einer wirklichen Unterbrechung der Strafvollstreckung infolge Eintritts einer Erkrankung nach Beginn der Strafvollstreckung die Einrechnung der in einer Heilanstalt verbrachten Zeit vorschreibt. Und ferner ist es unter den obwaltenden Umständen ohne Belang, daß die Kgl. Staatsanwaltschaft offenbar mit der tatsächlichen Entfernung des Angeklagten einverstanden ist und ihr Einverständnis durch ihre späteren Maßnahmen erkennbar gemacht hat. Die an sich zulässige und fristgerechte Beschwerde der Ehefrau T. erschien vielmehr begründet, weil hier

gar keine wirkliche Unterbrechung der Strafvollstreckung stattgefunden hat. Da sie, die Beschwerdeführerin, ihre Vollmacht zur Beschwerde durch ihre eidesstattliche Versicherung auch genügend nachgewiesen hat, so war der Beschluß des Kgl. Landgerichts D. Ferienstrafkammer I aufzuheben und wie geschehen zu beschließen; dabei konnte die Anrechnung der vom Angeklagten **künftig** in Heilanstalten zuzubringenden Zeit schon jetzt jedenfalls insoweit angeordnet werden, als in dem Verhältnis der Strafvollstreckungsbehörde zum Angeklagten keine Änderung eintritt.

Mitteilungen.

— **Irrengesetzgebung in Hamburg.** Seit einer Reihe von Jahren besteht in Deutschland und anderen Ländern eine Bewegung, welche den Schutz, den die Gesetze gegen Unterbringung in Irrenanstalten gewähren, nicht für ausreichend erachten, vielmehr eine stärkere Mitwirkung des Laienelements in der Kontrolle der Irrenanstalten und ihrer Insassen erstreben. Diese Bewegung hat einen wenn auch nicht sehr großen Einfluß auf die Änderung der Bestimmungen der Zivilprozeßordnung über die Entmündigung ausgeübt. Sie hat hierselbst bewirkt, daß vor acht Jahren eine aus Ärzten und Laien bestehende Kommission eingesetzt wurde, an welche die Insassen aller öffentlichen und privaten Heilanstalten Beschwerden richten können. Die Einsetzung dieser Kommission wurde auf Veranlassung der linken Seite der Bürgerschaft beschlossen. Der Senat hat nur schwer seine Zustimmung dazu gegeben, doch tat er es, um die Medizinalordnung zu retten, welche sonst von der Mehrheit der Bürgerschaft abgelehnt worden wäre. Aber der Senat hat seinen Widerstand gegen diese Vorschrift nie fallen lassen. Er hat vor einiger Zeit bei der Bürgerschaft beantragt, daß das Beschwerderecht fortfallen solle für Personen, welche auf Veranlassung einer hamburgischen Gerichts-, Strafvollstreckungs- oder Polizeibehörde in einer öffentlichen Irrenanstalt untergebracht seien. Tatsächlich würde damit das ganze Beschwerderecht wieder beseitigt werden. Daß dies auch die Absicht des Senates ist, ergab sich ganz klar aus den gestrigen Verhandlungen der Bürgerschaft, in welchen der Vertreter des Medizinalkollegiums die Einsetzung dieser ganzen Kommission, welche in Deutschland einzig dastehe, für verfehlt erklärte. Damit fand er jedoch bei der Bürgerschaft wenig Gegenliebe. Die Mehrheit stellte sich auf den Standpunkt, daß, wenn tatsächlich andere Staaten ähnliche Einrichtungen noch nicht besäßen, dies kein Nachteil, sondern ein Vorzug von Hamburg sei. Gewiß werden die Anstaltsleitungen und die Kommission durch diese Beschwerden belästigt, aber das war vorauszusehen. Tatsächlich ist das in der Bürgerschaft vorgebrachte Zahlenmaterial durchaus nicht sehr groß. Aber trotz dieser Belästigung der Kommission hält die Mehrheit der Bürgerschaft doch das Beschwerderecht an sich für eine erhebliche Garantie gegen ungerechtfertigte Einsperrungen in einer Irrenanstalt, so daß sie auf dasselbe nicht verzichten will. Die Senatsvorlage wurde schließlich einem Ausschuß zur Prüfung überwiesen. (Straßburger Post, 18. 2. 08.)

— Über die **Selbstmorde in Preussen** während des Jahres 1906 teilt die Statist. Korrespondenz folgendes mit:

Im Jahre 1906 endeten im preußischen Staate 7298 Personen, 5584 männliche und 1714 weibliche, ihr Leben durch Selbstmord. In dem Zeitraum von 1902 bis 1906 schwankte die Zahl der jährlichen Selbstmordfälle, auf 100000 Lebende berechnet, zwischen 20 und 21. Bei den männlichen Personen kamen während dieses Jahrfünfts je 30 bis 34 Selbstmorde auf 100000 Lebende; hierbei erscheinen das Jahr 1903 mit 34, 1902 mit 33, die Jahre 1904 und 1905 mit je 32 und das Jahr 1906 mit 30 Selbstmorden, während sich die Selbstmorde der weiblichen Personen bei gleicher Berechnung auf je 9 in den Jahren 1903 bis 1906 und 8 im Jahre 1902 belaufen. — Die Häufigkeit der Selbstmorde wird von einer großen Zahl von Vorgängen beeinflußt, deren Ergründung insofern eine der schwierigsten Aufgaben der statistischen Forschung bildet, als dies meist ein tiefes Eindringen in das sittliche und seelische Leben der Menschen erfordert. Unter den nach dieser Richtung hin am sichersten zu erfassenden Erscheinungen steht das Alter in erster Linie. Die Untersuchungen haben in dieser Beziehung ergeben, daß mit zunehmendem Alter der Hang zum Selbstmorde wächst und — vom Jahre 1905 abgesehen — regelmäßig nur einmal, nämlich in der Altersklasse von 25 bis 30 Jahren, die Zunahme der betreffenden Verhältniszahl bei der Gesamtbevölkerung eine Unterbrechung erfährt; wenn sich im übrigen Abweichungen von dieser Regel hin und wieder noch in den höheren Altersklassen zeigen, so muß dies mit auf die geringe Zahl von Fällen zurückgeführt werden, welche hierbei in Frage kommen. Dies trifft auch für die Kinder unter 15 Jahren zu, von denen im Berichtsjahre 83 Selbstmord verübt haben = 2,1 auf 10000 Lebende dieser Altersklasse. Das weibliche Geschlecht tritt in allen Altersklassen der Selbstmörder gegen das männliche bedeutend zurück. Von besonderem Interesse ist die Erforschung der Beweggründe, welche zum Selbstmord geführt haben. Nach den Erhebungen für das Jahr 1906 waren von je 100 Selbstmorden zurückzuführen auf Lebensüberdruß im allgemeinen 6,6 m., 3,6 w., auf körperliche Leiden 10,3 bezw. 8,8, Nervenkrankheit 3,3 bezw. 6,5, Geisteskrankheit 21,1 bezw. 33,9, Geistesschwäche 1,0 bezw. 2,2, Alkoholismus 11,6 bezw. 1,3, Leidenschaften 2,8 bezw. 6,3, Laster, Ausschweifung, liederliches Leben 0,5 bezw. 0,2, Trauer und Kummer

9,4 bezw. 7,4, Reue, Scham, Gewissensbisse 7,3 bezw. 6,9, Ärger und Streit 1,6 bezw. 1,8, auf anderweitige und unbekannte Beweggründe 24,5 bezw. 21,1. Die Art und Weise, in welcher die Ausführung des Selbstmordes erfolgt, ist im allgemeinen eine sehr mannigfaltige, doch sind es vornehmlich zwölf Mittel, die seitens der Lebensmüden zur Erreichung ihres Vorhabens in Anwendung kommen, nämlich in der Reihenfolge der Häufigkeit ihrer Anwendung: Erhängen, Ertränken, Erschießen, Einnehmen von Gift, Überfahrenlassen durch die Eisenbahn, Sturz aus der Höhe, Schnitt in den Hals, Einatmen giftiger Gase, Öffnen der Adern, Erstechen, Erdrosseln oder Erwürgen, und Aufschneiden des Bauches.

(Norddeutsche Allgemeine Zeitung, 20. II 08.)

— **Erklärung.** Die Mitteilung in dem Referat des Herrn Dr. Müller, daß die Oberärzte in Stephansfeld-Hördt auf vierteljährliche Kündigung angestellt seien (d. Zeitschr., pag. 412) beruht auf nach Erklärung der zuständigen-Behörde irrtümlicher Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen.

Auf eine diesbezügliche Anfrage wurde mir vom Herrn Bezirkspräsidenten des Unter-Elsaß der Bescheid: „daß die Anstellung der Oberärzte ohne Vorbehalt einer Kündigung erfolgt und daß zur Entlassung in Anwendung des § 5 des Pensionsreglements vom 1. Dezember 1892 entweder Dienstunfähigkeit oder besondere Gründe z. B. disziplinarer Natur vorliegen müssen.

Es würden also die Vorschriften des Reichsbeamtengesetzes, das auch für die elsaß-lothringischen Landesbeamten gilt, in entsprechender Weise zur Anwendung kommen."

Gleichzeitig bemerke ich, daß zur Zeit in Stephansfeld-Hördt nur vier Stellen für verheiratete Ärzte vorhanden sind, jedoch außerdem ein verheirateter Assistenzarzt angestellt war.

Stephansfeld, den 3. März 1908.

Dr. Ransohoff,
Direktor der Bezirks-Irrenanstalt

— **XIII. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Leipzig, 26. und 27. Oktober 1907.** Referent: H. Haenel-Dresden. (Fortsetzung.)

4. Müller, Breslau. Über akute Paraplegien nach Tollwut-Schutzimpfungen.

Vortr. hebt einleitend hervor, daß die Erkrankung an Tollwut in der letzten Zeit, besonders in Schlesien, wieder an Zahl zugenommen haben. Der von ihm beobachtete Fall betrifft einen 36jährigen Tierarzt, der im April v. J. bei der Sektion eines tollwutkranken Hundes sich eine Schnittverletzung am Finger beibrachte. Er ließ die Wunde sofort ausbrennen und desinfizieren, sich aber zur Sicherheit noch mit Kaninchenrückenmark (Virus fixe) impfen. Nach vierzehntägiger vorschriftsmäßiger Impfung mit steigenden Konzentrationen trat eine leichte Lähmung der Beine mit lebhaften Patellarreflexen auf, 48 Stunden später bestanden die Symptome einer totalen Querschnittsunterbrechung des Rückenmarks. Am Oberkörper fehlten außer Parästhesien an den Händen die Störungen, nur kam später eine Lähmung des rechten Fazialis und linken Rektus superior dazu. Im weiteren Verlauf entwickelte sich Bronchopneumonie, Zystitis und Pyelonephritis. Nach einem Monat kehrte zuerst die Sensibilität in den Beinen wieder, danach allmählich die Beweglichkeit, nach drei Monaten konnte der Patient wieder gehen und stehen, jetzt besteht nur noch etwas Schwäche der Bauchmuskeln.

Da Infektion durch Straßengift so gut wie ausgeschlossen war, kann es sich nur um eine Folge der Schutzimpfung gehandelt haben, eine benigne Myelitis. Die vierzig in der Literatur veröffentlichten gleichen Fälle waren ebenfalls von günstigem Verlauf. Vortr. erklärt den Vorgang theoretisch als eine abgeschwächte Kaninchenlyssa beim Menschen. Trotz der Möglichkeit derartiger Nebenwirkungen ist die Notwendigkeit energischer Schutzimpfung nach Lyssainfektion nicht zu bestreiten. Die große Seltenheit der Schädigung (viel seltener als Chloroformtod) rechtfertigt die Impfung unter allen Umständen.

5. H. Hänel, Dresden. Eine typische Form der ataktischen Gehstörung.

Die grundlegende Bewegung bei jedem Schritte besteht in der Verlegung des Körperschwerpunktes von zwei Beinen auf eins. Diese Bewegung muß durch Kontraktion von Muskeln ausgeführt werden, die ihr Punktum fixum weiter nach außen von der Mittellinie haben als ihr Punktum mobile. Die Überlegung ergibt, daß das Gelenk, um das diese Seitwärtslegung ausgeführt wird, das Fußgelenk ist, die wirkende Muskelgruppe die Peronei. Diese wirken hierbei, unter Vertauschung ihrer Ansatzstellen, nicht als Heber des Fußrandes, sondern als Senker des äußeren Randes des Unterschenkels, eine Bewegung, die sich auf Oberschenkel und Becken überträgt. Eine Koordinationsstörung in den Peroneis, wie sie bei Tabes nicht selten ist, wird sich also nicht nur am Schwungbein, sondern auch am Standbein beim Lösen der genannten Aufgabe bemerkbar machen.

Eine weitere Störung hat ihren Sitz in den kurzen Muskeln zwischen Oberschenkel, speziell Trochanter major und Becken: den Abduktoren, den Adduktoren und den Rotatoren. Eine Funktionsprüfung dieser Muskeln ergibt oft schon in verhältnismäßig frühen Stadien beim Tabiker Störungen. Am besten wird diese Prüfung in Seitenlage ausgeführt. Auch die Hypotonie der kurzen Hüftmuskeln ist hierbei oft deutlich festzustellen. Beim stehenden Kranken mit der letzteren Störung wird die Aufgabe, auf einem Bein zu stehen, in typischer Weise fehlerhaft gelöst. Statt der notwendigen Senkung der dem Standbein entsprechenden Beckenhälfte senkt sich die entgegengesetzte, das Schwungbein wird verlängert statt verkürzt, der Kranke ist genötigt, durch Beugung in Knie und Hüfte das Bein vom Boden zu entfernen. Ein langsames Heben und Niedersetzen des Beines ist durch dieses Umkippen des Beckens fast ausgeschlossen. Beim Schritt sucht der Kranke deshalb möglichst rasch aus der einfachen Unterstützung des Schwerpunktes wieder zu der doppelten zu gelangen. Bei der Nachbewegung des nachfolgenden Schwungbeins tritt das Umkippen des Beckens in derselben

Weise wieder störend auf. Der Seitwärtsgang ist hierbei noch mehr gehindert wie das Vorwärtsschreiten, weil dabei die Abduktoren am Schwungbein als solche, am Standbein aber gleichzeitig als Beckensenker zu funktionieren haben. Der Gang entspricht unter diesen Verhältnissen dem bei einer Lähmung oder Schwäche des M. Glutäus medius und kann deshalb als typisch bezeichnet werden.

Vortr. schließt einige therapeutische Bemerkungen an, die sich auf die Auswahl speziell für diese Störung geeigneter Übungen beziehen. Besonders günstig wirkt u. a. eine Übung auf balanzierendem Sattel, auf dem der Kranke mit frei herabhängenden Beinen sitzt und die Aufgabe hat, die seitlichen Schwankungen des Sattels und Körpers auszugleichen. (Schluß folgt.)

— Vom 7. bis 11. Oktober 1908 findet in Wien der **III. internationale Kongress für Irrenfürsorge** statt unter dem Präsidium des Herrn Hofrates Professor Dr. Obersteiner.

Das vorläufige Programm umfaßt folgende Punkte und Vorträge:

I. Über den gegenwärtigen Stand der Irrenpflege in den verschiedenen Ländern. Ref. Oberarzt Dr. Bresler, Lublinitz.

Staats-Inspektor der Irrenanstalten Dr. v. Deventer, Amsterdam, Über Pflege der gefährlichen und schädlichen Geisteskranken.

Prof. Dr. Buchholz, Hamburg, Einige Besonderheiten der Hamburgischen Irrenfürsorge.

Direktor Dr. Morcira, Rio de Janeiro, Sur le type le plus convenable de l'assistance des aliénés des pays chauds.

II. Ärztliche Irrenpflege.

Dr. Holub, Wien, Thema vorbehalten.

Prof. Dr. Pilcz, Wien, Moderne Heilbestrebungen in der Psychiatrie.

Direktor Dr. Vos, Rotterdam, Über Arbeitsentlohnung in den Irrenanstalten.

III. Irrenpflege und Technik. Ref. Oberbaurat Berger, Wien, Thema vorbehalten.

Direktor Dr. Herting, Galkhausen, Bauliche Entwicklung der Anstalten für Geisteskranke (mit Photogrammen).

IV. Irrenpflege und Verwaltung. Ref. Oberinspektionsrat Gerényi, Wien.

V. Irrenpflege und Gesetzgebung. Reff. Dr. Anfosso und Dr. Mongeri, Irrengesetze in den verschiedenen Ländern.

Prof. Dr. Aschaffenburg, Köln, und Prof. Dr. Stransky, Wien, Psychiatrische Sachverständige und Geschworenengerichte.

VI. Irrenpflege und Versicherungswesen. Reff. Regierungsrat Kögler, Wien, Dozent Dr. Fuchs, Wien.

VII. Bericht des internationalen Komitees zur Erforschung und Bekämpfung der Ursachen der Geisteskrankheiten. Vorschlag des Dr. Frank, Zürich, auf dem II. internationalen Kongreß für Irrenfürsorge, Mailand 1906.

VIII. Irrenpflege in der Armee. Ref. k. u. k. Stabsarzt Dr. Drastich, Wien, Vorsorgen bezüglich der Geisteskranken im Kriege.

IX. Fürsorge für Schwachsinnige, Idioten, Minderwertige usw. Reff. Professor Dr. Weygandt, Würzburg, und Direktor Schiner, Wien.

Von Ausflügen, Festlichkeiten usw. sind einstweilen bestimmt: Besichtigung der neuen n. ö. Landesheil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke „am Steinhof" in Wien und der n. ö. Kaiser-Jubiläums-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling; es liegt eine Einladung des mährischen Landesausschusses vor zur Besichtigung der mährischen Anstalten. In der Aula der Universität wird ein Denkmal v. Krafft-Ebings feierlich enthüllt werden usw.

Das detaillierte Programm wird seinerzeit verlautbart werden. Anmeldungen von Vorträgen, Mitgliedschaft usw. wollen an den Generalsekretär des Kongresses, Professor Dr. Alexander Pilcz, Wien XIII/12 gerichtet werden.

Dem **Deutschen Komitee** für den Kongreß gehören an die Herren: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Moeli, Herzberge bei Berlin, als Vorsitzender; Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton, Halle a. S.; Landesbaurat Blümner, Breslau; Oberarzt Dr. Bresler, Lublinitz; Prof. Dr. Buchholz, Hamburg-Friedrichsberg; Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Cramer, Göttingen; Direktor Dr. Flügge, Johannistal; Direktor Dr. Herting, Galkhausen; Landesrat Dr. Horion, Düsseldorf; Direktor Dr. Klinke, Lublinitz; Med.-Rat Dr. Kreuser, Winnental; Ober-Med.-Rat Dr. Lehmann, Dösen bei Leipzig; Landesbaurat Ostrop, Düsseldorf; Landesrat Schölzel, Breslau; Prof. Dr. Sommer, Gießen; Direktor Dr. Vocke, Eglfing bei München; Prof. Dr. Weygandt, Würzburg.

Referate.

— Gerényi, Fedor: Les progrès de l'assistance des aliénés dans la Basse-Autriche depuis 1902. (Comptes-rendus du II. Congrès international de l'assistance des aliénés.) Bologna, stabilimento poligrafico Emiliano 1907.

Ein kurzer Überblick über die Entwickelung des Irrenwesens in Niederösterreich in den allerletzten Jahren. Die Fortschritte in der Familienpflege und die Einrichtung der allerneuesten großen Wiener Anstalt werden in der Darstellung besonders berücksichtigt. Dem Aufsatze sind im Texte fünf Abbildungen (Wiener Narrenturm und Interieurs) beigegeben.

Horstmann.

Personalnachrichten.

— **Stettin.** Der prakt. Arzt Dr. med. Kurt Halbey ist als Assistenzarzt bei der Provinzialheilanstalt zu Lauenburg i. Pom. angestellt und der Assistenzarzt Dr. Gerstenberg an derselben Anstalt aus dem Provinzialdienste ausgeschieden.

— **Aplerbeck** i. Westf. Dr. Sartorius, bisher in Frankfurt a. M., trat als Assistenzarzt ein.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Neunter Jahrgang. Nr. 52. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der **Prov.-Heilanstalt Lauenburg i. Pom.** ist zum 1. April oder später infolge Versetzung des Inhabers eine

Assistenzarzt-Stelle

zu besetzen. Gehalt 1800 M. (jährlich um 200 M. steigend) und freie Station I. Klasse. Nach dreijähriger Dienstzeit endgültige Anstellung als Oberarzt. (Gehalt 3600—7200 in 7 dreijährigen Steigerungen, freie Familienwohnung, Heizung, Beleuchtung und Gartennutzung, Arznei und ärztliche Behandlung.)

Für diese Stelle werden Meldungen nur jüngerer unverheirateter Aerzte erbeten an den Direktor Geheimen Medicinal-Rat Dr. Siemens.

An der Kgl. württ. **Heilanstalt Winnental** (bei Stuttgart) ist eine

Assistenzarzt - Stelle

erledigt. Anfangsgehalt 1800 M. mit 70 M. Zulage bei freier Station I. Klasse. Bewerbungen m. Lebenslauf und Zeugnissen wollen bis spätestens 31. Mz. eingesandt werden an die

Kgl. Anstaltsdirektion:
Dr. Kreuser.

Hilfsarztstelle.

An der **Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch** in Baden ist neuerdings die Stelle eines Hilfsarztes zu besetzen. Anfangsgehalt 2000 M. bar und mehr je nach Vorbildung und seitherig. Anstaltstätigkeit; außerdem freie Station. Regelmäßige Gehaltszulagen. Aussicht auf etatmäß. Anstellung bei Bewährung i. Dienste. Bewerbung. m. Personalien, Lebenslauf etc. werden an den Direktor der Anstalt erbeten.

Wiesloch, den 10. Febr. 1908.

Gr. Direktion
der Heil- und Pflegeanstalt.
Dr. Fischer.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
in Halle a. S.

Ueber
die Geistesstörungen der Strafhaft

mit Ausschluss der Psychosen der Untersuchungshaft und der Haftpsychosen der Weiber.

Von

Dr. Ernst Siefert,
leitender Arzt der Beobachtungsabtheilung für geisteskranke Gefangene in Halle a. S.

Preis M. 6,—.

Vollen Kaffee-Genuss

ohne jede schädliche Nebenwirkung bietet Kathreiners Malzkaffee — seit nahezu 18 Jahren aufs glänzendste bewährt — täglich von Millionen Menschen getrunken — das bekömmlichste und billigste Frühstücks- und Familiengetränk. Die Tasse stellt sich auf etwa 1/2 Pf. — Kathreiners Malzkaffee ist kein Surrogat, sondern ein selbständiges Genußmittel, garantiert rein und unverfälscht. Nur echt in geschlossenem Paket in der bekannten Ausstattung mit Bild und Namenszug des Pfarrers Kneipp und der Firma Kathreiners Malzkaffee-Fabriken.

An der Königlich Sächsischen Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke zu **Hubertusburg** bei Wermsdorf ist die Stelle eines

Hilfsarztes

alsbald zu besetzen. Monatsbezug 200 M. Dauernde Anstellung im Staatsdienste bald erreichbar. Psychiatrische Vorbildung wird nicht erfordert. Bewerbungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion der Anstalt einzusenden.

Dr. Warda, früher I. Assistenzarzt von Herrn Geheimrat Professor Dr. Binswanger in Jena, empfiehlt seine Heilanstalt für Nervenkranke

Villa Emilia

zu **Blankenburg** im Schwarzatal (Thüringen). Die Anstalt ist durch einen schönen und zweckmäßigen Neubau vergrößert und das ganze Jahr geöffnet. 987

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Zweite Oberin gesucht.

Die unterzeichnete Klinik sucht zu baldigem Antritt eine in der Krankenpflege wohlerfahrene zweite Oberin, welche sich bereits in einer derartigen Stellung bewährt hat. Gehalt jährlich 900 M. neben freier Station I. Klasse. Pensionsberechtigung.

Gesuche sind bis 1. April 1908 mit selbstgeschriebenem Lebenslauf und Zeugnissen einzusenden an die

Direktion der Psychiatrischen und Nervenklinik d. Universität Leipzig.

Bekanntmachung.

An der **Großherzoglich Badischen Heil- und Pflegeanstalt** bei Emmendingen in nächster Nähe Freiburgs im Breisgau ist eine Hilfsarztstelle zu besetzen. Anfangsgehalt 2000 M. und regelmäßige jährliche Zulagen bei völlig freier Station I. Klasse. Bewerber mit psychiatrischer Vorbildung können mit einem höheren Gehalt beginnen. Im April wird auch eine Medizinalpraktikantenstelle frei. Jährliche Vergütung von 900 M. und völlig freie Station I. Klasse. Die Bewerbungen wollen an die Direktion gerichtet werden.

Geheimer Medizinalrat Dr. **Haardt.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 52. 21. März 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Charakter und Analerotik.

Von Prof. Dr. *Sigm. Freud*, Wien.

Unter den Personen, denen man durch psychoanalytische Bemühung Hilfe zu leisten sucht, begegnet man eigentlich recht häufig einem Typus, der durch das Zusammentreffen bestimmter Charaktereigenschaften ausgezeichnet ist, während das Verhalten einer gewissen Körperfunktion und der an ihr beteiligten Organe in der Kindheit dieser Personen die Aufmerksamkeit auf sich zieht. Ich weiß heute nicht mehr anzugeben, aus welchen einzelnen Veranlassungen mir der Eindruck erwuchs, daß zwischen jenem Charakter und diesem Organverhalten ein organischer Zusammenhang bestehe, aber ich kann versichern, daß theoretische Erwartung keinen Anteil an diesem Eindruck hatte.

Infolge gehäufter Erfahrung hat sich der Glaube an solchen Zusammenhang bei mir so sehr verstärkt, daß ich von ihm Mitteilung zu machen wage.

Die Personen, die ich beschreiben will, fallen dadurch auf, daß sie in regelmäßiger Vereinigung die nachstehenden drei Eigenschaften zeigen: sie sind besonders o r d e n t l i c h, s p a r s a m und e i g e n s i n n i g. Jedes dieser Worte deckt eigentlich eine kleine Gruppe oder Reihe von miteinander verwandten Charakterzügen. „Ordentlich" begreift sowohl die körperliche Sauberkeit als auch Gewissenhaftigkeit in kleinen Pflichterfüllungen und Verläßlichkeit; das Gegenteil davon wäre: unordentlich, nachlässig. Die Sparsamkeit kann bis zum Geiz gesteigert erscheinen; der Eigensinn geht in Trotz über, an den sich leicht Neigung zur Wut und Rachsucht knüpfen. Die beiden letzteren Eigenschaften — Sparsamkeit und Eigensinn — hängen fester miteinander als mit dem ersten, dem „ordentlich" zusammen; sie sind auch das konstantere Stück des ganzen Komplexes, doch erscheint es mir unabweisbar, daß irgendwie alle drei zusammengehören.

Aus der Kleinkindergeschichte dieser Personen erfährt man leicht, daß sie verhältnismäßig lange dazu gebraucht haben, bis sie der infantilen incontinentia alvi Herr geworden sind, und daß sie vereinzeltes Mißglücken dieser Funktion noch in späteren Kinderjahren zu beklagen hatten. Sie scheinen zu jenen Säuglingen gehört zu haben, die sich weigern, den Darm zu entleeren, wenn sie auf den Topf gesetzt werden, weil sie aus der Defäkation einen Lustnebengewinn beziehen*); denn sie geben an, daß es ihnen noch in etwas späteren Jahren Vergnügen bereitet hat, den Stuhl zurückzuhalten, und erinnern, wenngleich eher und leichter von ihren Geschwistern als von der eigenen Person, allerlei unziemliche Beschäftigungen mit dem zu Tage geförderten Kot. Wir schließen aus diesen Anzeichen auf eine überdeut-

*) Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. II, p. 41. 1905.

liche erogene Betonung der Afterzone in der von ihnen mitgebrachten Sexualkonstitution; da sich aber nach abgelaufener Kindheit bei diesen Personen nichts mehr von diesen Schwächen und Eigenheiten auffinden läßt, müssen wir annehmen, daß die Analzone ihre erogene Bedeutung im Laufe der Entwicklung eingebüßt hat, und vermuten dann, daß die Konstanz jener Trias von Eigenschaften in ihrem Charakter mit der Aufzehrung der Analerotik in Verbindung gebracht werden darf.

Ich weiß, daß man sich nicht getraut, an einen Sachverhalt zu glauben, so lange er unbegreiflich erscheint, der Erklärung nicht irgendeine Anknüpfung bietet. Wenigstens das Grundlegende desselben können wir nun unserem Verständnis mit Hilfe der Voraussetzungen näher bringen, die in den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" 1905 dargelegt sind. Ich suche dort zu zeigen, daß der Sexualtrieb des Menschen hoch zusammengesetzt ist, aus Beiträgen zahlreicher Komponenten und Partialtriebe entsteht. Wesentliche Beiträge zur „Sexualerregung" leisten die peripherischen Erregungen gewisser ausgezeichneter Körperstellen (Genitalien, Mund, After, Blasenausgang), welche den Namen „erogene Zonen" verdienen. Die von diesen Stellen her eintreffenden Erregungsgrößen erfahren aber nicht alle und nicht zu jeder Lebenszeit das gleiche Schicksal. Allgemein gesprochen kommt nur ein Teil von ihnen dem Sexualleben zugute; ein anderer Teil wird von den sexuellen Zielen abgelenkt und auf andere Ziele gewendet, ein Prozeß, der den Namen „Sublimierung" verdient. Um die Lebenszeit, welche als „sexuelle Latenzperiode" bezeichnet werden darf, vom vollendeten vierten Jahr bis zu den ersten Äußerungen der Pubertät (ums elfte Jahr) werden sogar auf Kosten dieser von erogenen Zonen gelieferten Erregungen im Seelenleben Reaktionsbildungen, Gegenmächte, geschaffen wie Scham, Ekel und Moral, die sich gleichwie Dämme der späteren Betätigung der Sexualtriebe entgegensetzen. Da nun die Analerotik zu jenen Komponenten des Triebes gehört, die im Laufe der Entwicklung und im Sinne unserer heutigen Kulturerziehung für sexuelle Zwecke unverwendbar werden, läge es nahe, in den bei ehemaligen Analerotikern so häufig hervortretenden Charaktereigenschaften — Ordentlichkeit, Sparsamkeit und Eigensinn — die nächsten und konstantesten Ergebnisse der Sublimierung der Analerotik zu erkennen.*)

Die innere Notwendigkeit dieses Zusammenhanges ist mir natürlich selbst nicht durchsichtig, doch kann ich einiges anführen, was als Hilfe für ein Verständnis desselben verwertet werden kann. Die Sauberkeit, Ordentlichkeit, Verläßlichkeit macht ganz den Eindruck einer Reaktionsbildung gegen das Interesse am Unsauberen, Störenden, nicht zum Körper gehörigen („Dirt is but matter on the wrong place"). Den Eigensinn mit dem Defäkationsinteresse in Beziehung zu bringen, scheint keine leichte Aufgabe, doch mag man sich daran erinnern, daß schon der Säugling sich beim Absetzen des Stuhles eigenwillig benehmen kann (s. o.), und daß schmerzhafte Reize auf die mit der erogenen Afterzone verknüpfte Ge-

*) Da gerade die Bemerkungen über die Analerotik des Säuglings in den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" bei unverständigen Lesern besonderen Anstoß erregt haben, gestatte ich mir an dieser Stelle die Einschaltung einer Beobachtung, die ich einem sehr intelligenten Patienten verdanke: „Ein Bekannter, der die Abhandlung über „Sexualtheorie" gelesen hat, spricht über das Buch, erkennt es vollkommen an, nur eine Stelle darin sei ihm — obwohl er auch diese inhaltlich natürlich billige und begreife, so grotesk und komisch vorgekommen, daß er sich hingesetzt und eine Viertelstunde darüber gelacht habe. Diese Stelle lautet: „Es ist eines der besten Vorzeichen späterer Absonderlichkeit oder Nervosität, wenn ein Säugling sich hartnäckig weigert, den Darm zu entleeren, wenn er auf den Topf gesetzt wird, also wenn es dem Pfleger beliebt, sondern diese Funktion seinem eigenen Belieben vorbehält. Es kommt ihm natürlich nicht darauf an, sein Lager schmutzig zu machen; er sorgt nur, daß ihm der Lustnebengewinn bei der Defäkation nicht entgehe." Die Vorstellung dieses auf dem Topf sitzenden Säuglings, der überlege, ob er sich eine derartige Einschränkung seiner persönlichen Willensfreiheit gefallen lasse solle, und der außerdem sorge, daß ihm der Lustgewinn bei der Defäkation nicht entgehe, habe seine ausgiebige Heiterkeit erregt. — Etwa zwanzig Minuten später, bei der Jause, beginnt mein Bekannter plötzlich gänzlich unvermittelt: „Du, mir fällt da gerade, weil ich den Kakao vor mir sehe, eine Idee ein, die ich als Kind immer gehabt habe. Da habe ich mir immer vorgestellt, ich bin der Kakaofabrikant Van Houten (er sprach „Van Hauten" aus), und ich habe ein großartiges Geheimnis zur Bereitung dieses Kakaos, und nun bemühen sich alle Leute, mir dieses weltbeglückende Geheimnis zu entreißen, das ich sorgsam hüte. Warum ich gerade auf Van Houten verfallen bin, weiß ich nicht. Wahrscheinlich hat mir seine Reklame am meisten imponiert." Lachend, und ohne noch eigentlich so recht eine tiefere Absicht damit zu verbinden, meinte ich: „Wann haut'n die Mutter?!" Erst eine Weile später erkannte ich, daß mein Wortwitz tatsächlich den Schlüssel zu dieser ganzen, plötzlich aufgetauchten Kindheitserinnerung enthielt, die ich nun als glänzendes Beispiel einer Deckphantasie begriff, welche unter Beibehaltung des eigentlich Tatsächlichen (Nahrungsprozeß) und auf Grund phonetischer Assoziationen („Kakao", „Wann haut'n —") das Schuldbewußtsein durch eine komplette Umwertung des Erinnerungsinhalts beruhigt. (Verlegung von rückwärts nach vorne, Nahrungsabgabe wird zur Nahrungsaufnahme, der beschämende und zu verdeckende Inhalt zum weltbeglückenden Geheimnis.) Interessant war mir, wie hier, auf eine Abwehr hin, die freilich die mildere Form formaler Beanstandung annahm, dem Betreffenden ohne seinen Willen eine Viertelstunde später der schlagendste Beweis aus dem eigenen Unbewußten heraufgereicht wurde."

säßhaut allgemein der Erziehung dazu dienen, den Eigensinn des Kindes zu brechen, es gefügig zu machen. Zum Ausdruck des Trotzes und der trotzenden Verhöhnung wird bei uns immer noch wie in alter Zeit eine Aufforderung verwendet, die die Liebkosung der Afterzone zum Inhalt hat, also eigentlich eine von der Verdrängung betroffene Zärtlichkeit bezeichnet. Die Entblößung des Hintern stellt die Abschwächung dieser Rede zur Geste dar; in Goethes Götz von Berlichingen finden sich beide, Rede wie Geste, an passendster Stelle als Ausdruck des Trotzes angebracht.

Am ausgiebigsten erscheinen die Beziehungen, welche sich zwischen den anscheinend so disparaten Komplexen des Geldinteresses und der Defäkation ergeben. Jedem Arzt, der die Psychoanalyse geübt hat, ist es wohl bekannt geworden, daß sich auf diesem Wege die hartnäckigsten und langdauerndsten sogenannten habituellen Stuhlverstopfungen Nervöser beseitigen lassen. Das Erstaunen hierüber wird durch die Erinnerung gemäßigt, daß diese Funktion sich ähnlich gefügig auch gegen die hypnotische Suggestion erwiesen hat. In der Psychoanalyse erzielt man diese Wirkung aber nur dann, wenn man den Geldkomplex der Betreffenden berührt und sie veranlaßt, denselben mit all seinen Beziehungen zum Bewußtsein zu bringen. Man könnte meinen, daß die Neurose hierbei nur einem Wink des Sprachgebrauchs folgt, der eine Person, die das Geld allzu ängstlich zurückhält, „schmutzig“ oder „filzig“ (englisch: filthy = schmutzig) nennt. Allein dieses wäre eine allzu oberflächliche Würdigung. In Wahrheit ist überall, wo die archaische Denkweise herrschend war oder geblieben ist, in den alten Kulturen, im Mythus, Märchen, Aberglauben, im unbewußten Denken, im Traum und in der Neurose das Geld in innigste Beziehungen zum Dreck gebracht. Es ist bekannt, daß das Gold, welches der Teufel seinen Buhlen schenkt, sich nach seinem Weggehen in Dreck verwandelt, und der Teufel ist doch gewiß nichts anderes als die Personifikation des verdrängten unbewußten Trieblebens.*) Bekannt ist ferner der Aberglaube, der die Auffindung von Schätzen mit der Defäkation zusammenbringt, und jedermann vertraut ist die Figur des „Dukatenscheißers“. Ja schon in der altbabylonischen Lehre ist Gold der Kot der Hölle, Mammon = ilu manman*). Wenn also die Neurose dem Sprachgebrauch folgt, so nimmt sie hier wie anderwärts die Worte in ihrem ursprünglichen bedeutungsvollen Sinne, und wo sie ein Wort bildlich darzustellen scheint, stellt sie in der Regel nur die alte Bedeutung des Wortes wieder her.

Es ist möglich, daß der Gegensatz zwischen dem Wertvollsten, das der Mensch kennen gelernt hat, und dem Wertlosesten, das er als Abfall („refuse“) von sich wirft, zu dieser bedingten Identifizierung von Gold und Kot geführt hat.

Im Denken der Neurose kommt dieser Gleichstellung wohl noch ein anderer Umstand zu Hilfe. Das ursprünglich erotische Interesse an der Defäkation ist, wie wir ja wissen, zum Erlöschen in reiferen Jahren bestimmt; in diesen Jahren tritt das Interesse am Geld als ein neues auf, welches der Kindheit noch gefehlt hat, dadurch wird es erleichtert, daß die frühere Strebung, die ihr Ziel zu verlieren im Begriffe ist, auf das neu auftauchende Ziel übergeleitet wird.

Wenn den hier behaupteten Beziehungen zwischen der Analerotik und jener Trias von Charaktereigenschaften etwas Tatsächliches zugrunde liegt, so wird man keine besondere Ausprägung des „Analcharakters“ bei Personen erwarten dürfen, die sich die erogene Eignung der Analzone für das reife Leben bewahrt haben wie z. B. gewisse Homosexuelle. Wenn ich nicht sehr irre, befindet sich die Erfahrung zumeist in guter Übereinstimmung mit diesem Schluß.

Man müßte überhaupt in Erwägung ziehen, ob nicht auch andere Charakterkomplexe ihre Zugehörigkeit zu den Erregungen von bestimmten erogenen Zonen erkennen lassen. Ich kenne bis jetzt nur noch den unmäßigen, „brennenden“ Ehrgeiz der einstigen Enuretiker. Für die Bildung des endgültigen Charakters aus den konstitutiven Trieben läßt sich allerdings eine Formel angeben. Die bleibenden Charakterzüge sind entweder unveränderte Fortsetzungen der ursprünglichen Triebe, Sublimierungen derselben oder Reaktionsbildungen gegen dieselben.

*) Vergl. die hysterische Besessenheit und die dämonologischen Epidemien.

*) Jeremias, Das Alte Testament im Lichte des alten Orients. 2. Aufl. 1906, p. 216, und Babylonisches im Neuen Testament 1906, p. 96. „Mamon (Mammon) ist babylonisch man-man, ein Beiname Nergals, des Gottes der Unterwelt. Das Gold ist nach orientalischem Mythus, der in die Sagen und Märchen der Völker übergegangen ist, Dreck der Hölle, siehe Monotheistische Strömungen innerhalb der bab. Rel., S. 16, Anm. 1.

Nachtrag zu dem Referat: Ärztliche Dienstverteilung an den Anstalten.

(IX. Jahrg., Nr. 46).

Von Dr. med. *Hans Wachsmuth*, II. Arzt, Frankfurt a. M.

Der Liebenswürdigkeit der Herren Direktoren der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg und der Herzogl. Sachsen-Meiningischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt Hildburghausen verdanke ich noch folgende Ergänzung meiner oben angeführten Arbeit.

Lüneburg: Bestand 780, Aufnahmen 400, Ärzte 8, Verheiratete-Arztstellen 5, verheiratete Ärzte 4, Differenz 1, unbesetzte Stellen: keine, Verwaltung subordiniert.

Hildburghausen: Bestand 750, Aufnahmen 250, Ärzte 6, Verheiratete-Arztstellen 3, verheiratete Ärzte 2, Differenz 1, unbesetzte Stellen: keine, Verwaltung subordiniert.

Aus dem Fragebogen der Anstalt Hildburghausen ist vielleicht noch folgendes von allgemeinem Interesse. Die Anstalt ist erstens Heil- und Pflegeanstalt des Herzogtums Sachsen-Meiningen, zweitens Irrenanstalt zur Aufnahme von Geisteskranken aus Sachsen-Meiningen, Koburg-Gotha und Schwarzburg-Rudolstadt, sowie geisteskranker Soldaten des 11. Armeekorps und, soweit Platz vorhanden, von Geisteskranken auch aus andern deutschen Bundesstaaten. Zur Zeit sind zwei Ärztinnen als Hilfsärzte dort tätig und ein Medizinalpraktikant. Die weiblichen Ärzte werden als Hilfs- bezw. als Abteilungsärzte für die ganze Frauenseite der Anstalt verwandt. Bei der Besetzung der Stellen bestehen keinerlei Bestimmungen über die Konfession der Inhaber, von den sechs Ärzten sind zwei katholisch, zwei israelitisch, einer evangelisch, einer reformiert.

Der Direktor besucht täglich je ein Drittel der Anstalt und leitet die gesamten Verwaltungsgeschäfte. Der Medizinalpraktikant ist unselbständiger Assistent des I. Oberarztes. Am Jourdienst nehmen alle Ärzte außer dem Direktor und dem Medizinalpraktikanten teil.

Gemeinsame Visiten werden in der Weise gemacht, daß an je drei Tagen der Woche je ein Drittel der Anstalt gemeinsam besucht wird. Isolierungen sind prinzipiell abgeschafft. Ein Pflegerunterricht hat bestanden, wurde aber, weil der Erfolg der aufgewandten Mühe nicht entsprach, wieder aufgegeben. Der Fragebogen schließt mit folgenden sehr beachtenswerten Worten:

„Eine einheitliche Regulierung aller der durch vorstehende Fragen angeregten Verhältnisse halte ich weder für erstrebenswert noch für erreichbar. Immer und überall werden Änderungen und Nuancierungen eintreten müssen, je nach der Persönlichkeit, sei es des Direktors, sei es einzelner anderer Ärzte oder nach dem Interesse und dem Wohlwollen der betreffenden Oberbehörde. Ich glaube, daß sich jede Anstalt im wesentlichen nach der eigenen Decke zu strecken hat und daß es unmöglich ist, den verschiedenen Herrn Kollegen mit denselben Mitteln den Aufenthalt vielleicht in Gabersee oder Kutzenberg ebenso erstrebenswert, angenehm und anziehend zu machen, als meinetwegen in Dresden, Frankfurt oder sonstwo. Nach meinem Geschmack um Gotteswillen nur keine Schablone, keine Uniform! Dieses hätte mir den Wunsch, zur Psychiatrie zu gehen, gründlicher verleiden können als die Aussicht, nach genau so und soviel Jahren diese und jene Stellung mit dem und dem Gehalt und diesen und jenen genau abgezirkelten Pflichten und Rechten zu erreichen. Nur keine Kaste der Psychiater!"

Mitteilungen.

— **Aus Russland.** Den 3./16. Februar wurde in St. Petersburg eine neue wissenschaftliche Einrichtung eröffnet: das „Psycho-Neurologische Institut", das unter der Leitung des Prof. v. Bechterew wirken wird.

Die Hauptaufgaben des Instituts sind die allseitige Bearbeitung der allgemeinen und experimentellen Psychologie, Psychiatrie, Neurologie, Hypnotismus und Suggestion, Pädagogie, Soziologie, kriminelle Anthropologie, Verbrecherpsychologie und aller philosophischen Grenzgebiete, die zu der Psyche des Menschen in Beziehung sind oder kommen. Zur speziellen Erforschung der Kinderpsychologie ist ein besonderes Pädologisches Institut begründet. Als Präsident des neuen Instituts wurde Professor von Bechterew gewählt, als Schriftführer Prof. Gerwer.

In Moskau ist unlängst der erste Kursus der Psychiatrie für Ärzte in der Zentralpolizei-Anstalt für Gemütskranke unter der Leitung des Direktors der Anstalt, Priv.-Doz. A. Bernstein, mit großem Erfolge ausgeführt.

Der Hauptarzt der Gouvernements-Irrenanstalt

in Ufa, Dr. Kaplan, wurde von den irrsinnigen Kranken des Gefängnisses getötet.

— XIII. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Leipzig, 26. und 27. Oktober 1907. Referent: H. Haenel-Dresden. (Schluß.)

6. Meltzer, Chemnitz. Zur Pathogenese der Opticusatrophie und des sogenannten Turmschädels.

Vortr. hat in der mit der Idiotenanstalt vereinigten Kgl. Sächs. Blindenanstalt in Chemnitz 20 Fälle der im Titel genannten Erkrankung gefunden und dieselben nach Ätiologie, anthropologischen, neurologischen und ophthalmologischen Symptomen genau untersucht. Er faßt seine Ergebnisse in folgenden Sätzen zusammen: Beide Erscheinungen sind aus einem geringfügigen angeborenen, häufiger aber erworbenen Hydrozephalus ex meningitide hervorgegangen. Meist handelte es sich um eine Meningitis serosa ventricularis. Diese hat in dem einen Teil der Fälle (13) den Kopf zunächst schon in der Fötalzeit oder intra partum deformiert und dann bei einer Exazerbation intra vitam den Optikus, häufig auch den Olfaktorius abgetötet und die Hochformung des Kopfes verschlimmert. In einem anderen Teile der Fälle (7) ist sie innerhalb der ersten drei Lebensjahre aufgetreten und hat gleichzeitig plötzlich oder nacheinander und allmählich die Hochformung des Kopfes und die Abtötung der Sehnerven verursacht. Die vorzeitige Synostosenbildung bei Turmschädeln ist aufzufassen als eine Reaktion des rachitiskranken Knochens gegen den mäßigen hydrozephalischen Druck. Nach einmal eingetretener Ossifikation der Nähte und Synostosierung wirkt der Druck des wachsenden und Platz brauchenden Gehirns resorbierend auf den Hydrozephalus, rarefizierend auf die Schädelkapsel und deformierend auf die Schädelbasis.

7. Höhl, Chemnitz. Demonstration von Röntgenogrammen.

Vortr. hat einen großen Teil der von Meltzer untersuchten Fälle von Turmschädel röntgenographisch aufgenommen. In den Bildern fallen als charakteristisch vor allem die starken Impressiones digitatae der Schädelkonvexität auf, für die an der Schädeloberfläche keine Anhaltspunkte zu finden waren. Die Orbitae sind meistens abgeflacht, der Vertikaldurchmesser länger als der Horizontaldurchmesser (Hypsiconchie). An der Basis fällt das steile Aufsteigen des Planum sphenoidale auf, das in starkem Winkel gegen das Planum ethmoidale anstößt. Meist ist die Sella turcica der Orbita sehr genähert, die hintere Schädelhälfte dadurch größer als die vordere, der ganze Vorderschädel verkürzt. Die Schädelbasis im ganzen erscheint nach unten durchgebogen, die Sella turcica oft vertieft. Je nach der Richtung, in der der erhöhte Innendruck wirksam gewesen ist, sind diese Verhältnisse mehr oder weniger modifiziert.

Diskussion.

Näcke wünscht eine Definition des Turmschädels, die allerdings ihre Schwierigkeiten habe. Ätiologisch sei für die Erblindung die Verengerung des foramen opticum nicht genügend hervorgehoben worden, ebenso der Einfluß der Zangengeburt. Bei Geisteskranken ist der Turmschädel sehr selten; er kann bestätigen, daß die Intelligenz bei Turmschädel meistens nicht gelitten hat.

Hänel fragt, ob die Abflachung der Orbitae nur nach dem Röntgenbilde festgestellt worden ist. Die verschiedenen Projektionsrichtungen könnten hierbei zu Irrtümern Anlaß geben.

Meltzer: Der Ausdruck Turmschädel würde besser durch Hochschädel ersetzt. Eine Verengerung des foramen opticum ist jedenfalls sehr selten, nur in drei Fällen der Literatur erwähnt.

Höhl verneint die Frage Hänels, die starken Impressiones digitatae sind bisher Unika.

8. Kauffmann, Halle. Über Diabetes und Angstpsychose an der Hand eines geheilten Falles.

Vortr. beobachtete einen Patienten mit typischer Angstpsychose im Wernickeschen Sinne. Der Patient litt gleichzeitig an Diabetes, und Vortr. fand, daß parallel mit dem steigenden und fallenden Zuckergehalt im Urin auch sein psychischer Zustand schlechter oder besser wurde. Er machte genaue Stoffwechselversuche, entzog ganz allmählich im Laufe von vier Wochen die Kohlehydrate, und drückte dadurch den Zuckergehalt von 33% auf 0,3%, schließlich auf Null herab. Im gleichen Schritte besserte sich die Psychose und war nach vier Wochen geheilt. Vortr. erblickt im Traubenzucker selbst das schädigende Moment für die Gehirnsubstanz. Im vorliegenden Falle bewies der Verlauf, daß nicht die Stoffwechselstörung die Folge der psychischen Erkrankung war, sondern daß der Diabetes als das Primäre angesehen werden mußte. Weitere Stoffwechseluntersuchungen bei Geisteskranken und Epileptikern überhaupt weisen darauf hin, daß wir uns von der üblichen Vorstellung von Toxinen und Antitoxinen freimachen müssen, oft handelt es sich nur um Verminderung der normalen Oxydationsprozesse im Körper.

9. Gregor, Leipzig. Über die Diagnose psychischer Prozesse im Stupor.

Eine 25jährige Gummiarbeiterin war kurz vor der Aufnahme mit Selbstvorwürfen, Depressionen und Krämpfen erkrankt. Bei der Aufnahme war sie stuporös, zeigte Mutazismus und Katalepsie. Der Stupor vertiefte sich in der Folge weiter, die Patientin wurde völlig reaktionslos, alle aktiven Bewegungen hörten auf, sie verunreinigte sich. Der Versuch, Puls, Atmung und Armvolumen auf ihre reflektorischen, durch Reize verursachten Veränderungen zu studieren, lieferte keine verwertbaren Ergebnisse. Verf. fragte sich deshalb, ob nicht willkürliche Veränderungen der Atmung bei Reizen festzustellen seien, die unabhängig von den Reflexen auftreten. Mit dem Mareyschen Pneumographen nahm er Atmungskurven auf und konnte an denselben feststellen, daß sie bei Zuruf von Worten, durch Suggestion betonte Geruchseinwirkungen, Drohungen usw. beeinflußbar waren, vorübergehende willkürliche Beschleunigung, Verlangsamung, Vertiefung und Abflachung zeigten. Er demonstriert die betreffenden Kurven. Als nach zweimonatlicher Dauer sich der Stupor allmählich löste, konnte die Patientin, die volle Erinnerung an diese Zeit hatte, bestätigen, daß, wie es die Atmungs-

kurven bewiesen hatten, die äußere Reaktionstätigkeit nicht gleichbedeutend war mit einer Nichtauffassung der Reize.

Diskussion.

Sommer empfiehlt gleichzeitige Schreibung der kostalen und abdominalen Atmungskurve. Beide ergeben oft interessante Verschiedenheiten, die ebenfalls auf psychische Prozesse Rückschlüsse erlauben.

10. Wanke, Friedrichroda. Die Heilung der Neurasthenie, ein ärztlich-pädagogisches Problem.

Die Charakteristik, die man früher auf die Erscheinungen der Neurasthenie anzuwenden pflegte, indem man sie als reizbare Schwäche bezeichnete, trifft für den modernen Neurastheniker nicht mehr zu. Hier handelt es sich in der Regel vorwiegend um ein krankhaft verändertes Affektleben infolge der Steigerung der Einflüsse moderner Überkultur. Statt der auf Schwäche deutenden Symptome sind die abstoßenden, kritteligen Züge in den Vordergrund getreten. Die Kranken sind zänkisch und launenhaft, rücksichtslos, reizbar und despotisch geworden. Dadurch sind die ungünstigen Einwirkungen auch auf ihre Umgebung in verstärktem Maße zum Vorschein gekommen, die Gefahr, daß diese von dem neurasthenischen Verhalten angesteckt werden, ist gewachsen. Manchmal kann man sogar an Paranoia erinnernde Eigenbeziehungen bei den Patienten finden, Unter diesen Umständen sind die bisher üblichen physikalisch-diätetischen Einwirkungen in der Therapie nebensächlich geworden, das Sanatoriumsschema hat an Wirksamkeit eingebüßt. Will man Erfolge heute erzielen, so ist es nötig, an die tätige Mitwirkung des Neurasthenikers zu appellieren. Der Arzt muß in erster Linie erzieherisch einwirken. Er muß der Vertraute des Patienten werden und dieser Einfluß muß oft über Jahr und Tag fortgesetzt werden. Dem Hausarzte fallen nun von neuem die dankbarsten Aufgaben zu. Das Ziel muß sein eine Wiedererziehung zur Geduld, Ausdauer, Willensstärke, Gewissenhaftigkeit, Regelmäßigkeit in den Tagesgewohnheiten, Pflichterfüllung, Rücksicht, Anerkennung und Dankbarkeit, Selbstlosigkeit. Alles dieses fällt, wie ersichtlich, mehr in das pädagogische als in das rein ärztliche Gebiet.

11. Dehio, Dösen. Weitere Erfahrungen über Dauerbäder.

In der Dösener Anstalt haben sich die Prinzipien, die Vortr. auf der Versammlung 1904 vorgetragen hat, bewährt und sind weiter ausgebaut worden. Die Dauerbäder sind zwar nicht die einzige, aber doch eine der wichtigsten Methoden zur Behandlung unruhiger Geisteskranker. Seit Oktober 1902 sind in Dösen überhaupt keine Kranken mehr isoliert worden. Die früheren Isolierzellen sind zu Separaträumen eingerichtet worden, die jetzt gern als Auszeichnung für besonders gutes Verhalten gewährt werden. Seit zwei Jahren ist die Bäderbehandlung mit der Freiluftbehandlung kombiniert worden: In einer Abteilung des Gartens sind aus Stampfbeton mehrere Wannen aufgestellt worden, in denen, sobald es die Witterung einigermaßen erlaubte, vom Juni bis weit in den Herbst Dauerbäder im Freien verabreicht wurden. Die Wannen haben Anschluß an die Kanalisation, gegen die zu starke Sonnenwirkung hat sich die Anbringung eines Sonnensegels über den Wannen als nötig erwiesen. Die Freiluftbehandlung der bettlägerigen, aber nicht badebedürftigen Kranken ist damit vereinigt worden: Zu beiden Seiten des Gartens sind offene Liegehallen eingerichtet worden, so daß jetzt an Sommertagen seit zwei Jahren grundsätzlich kein unruhiger Kranker mehr im Hause gehalten wird. Alle sind von früh bis abends im Freien. Den Anstoß zu der Einrichtung gaben die Nachteile, die sich bei der Verabreichung der Dauerbäder im Zimmer zur Sommerszeit zeigten: die hohe Temperatur im Baderaum steigerte oft die Erregung der Kranken, eine Lüftung war der Gefahr des Zugs und der Erkältung wegen nur unvollkommen möglich, deshalb lag es nahe, das ganze Bad hinaus zu verlegen. Von den Kranken wurde die Veränderung sehr angenehm empfunden. Vor allem fiel auch eine außerordentliche Steigerung des Appetits auf. Die gefürchtete Störung der Unruhigen untereinander stellte sich als geringer heraus, als wie man erwartet hatte: Die Kranken beobachteten sich gegenseitig weniger als im geschlossenen Raume, blieben leichter in der Wanne. Erkältungen kamen die ganze Zeit so gut wie niemals vor. Der Vorteil für alle Beteiligten, nicht zum mindesten auch für das Wartepersonal, war in die Augen springend. — Vortr. führt die gesamte Einrichtung in einer Anzahl Photogramme vor.

12. Degenkolb, Roda. Zwei Fälle von Kombination verschiedener Seelenstörungen mit Hysterie.

Vortr. berichtet kurz über zwei Fälle, die in die Krankheitsgruppe der Hysterie einzureihen sind. Das Eigentümliche des über viele Jahre sich erstreckenden Verlaufes war, daß sie in regelmäßigem Wechsel zwischen manischem, depressivem Zustandsbilde und freien Intervallen das Bild einer zirkulären Psychose nachahmten, so daß die Differentialdiagnose lange Zeit Schwierigkeiten bereitete. (Ausführlichere Veröffentlichung a. a. O.)

13. Sommer, Gießen. Zur Genealogie Goethes.

Die Lehre vom Genie stand bis vor kurzem noch unter der Herrschaft der Anschauung, daß es sich dabei um eine explosionsartige Erscheinung, ein unvermitteltes Auftreten unerklärlicher Geisteseigenschaften bei einem Individuum handele. Jetzt ist man auf Grund einer genetischen Psychopathologie dem Problem des Genies nähergekommen. Zu seiner Lösung bedarf es genauerer Studien der Anlage, bedarf es der Familienforschung, auch die Methoden der Kriminalpsychologie können unter Umständen Anwendung finden. — Bei der Familienforschung sind bisher die weiblichen Glieder oft zu wenig berücksichtigt worden. Als Beispiel wählt Vortr. die Genealogie Goethes. Äußerlich und psychisch ist Goethe seiner Mutter im Grunde wenig ähnlich gewesen, dagegen fällt bei genauerem Zusehen eine große Ähnlichkeit mit seiner Großmutter Textor auf. Familienbilder zeigen dies bezüglich der Gesichtszüge deutlich, wahrscheinlich sind aber auch die spezifisch psychologischen Züge Goethes, speziell „der Hang zum Fabulieren" von dieser Großmutter

her bestimmt. Frau Textor war eine geborene Lindheimer, über die wir von Senckenberg eine, allerdings unzutreffende, d. h. zu ungünstig ausgefallene Schilderung besitzen. Gehen wir weiter zurück, so sehen wir in dem Vater Lindheimer allerhand Züge, die auf den Urenkel hinweisen. Vortr. hat in den Wetzlarer Archiven u. a. eine von diesem Lindheimer verfaßte Schilderung der Belagerung Wetzlars durch die Reichstruppen gefunden, die sich durch eine außerordentliche Deutlichkeit der optischen Vorstellungen, eine Neigung zur Konfabulation, eine ersichtliche Freude am Grotesken und Komischen und nicht zuletzt auch durch einen für jene Zeit sehr merkwürdigen Stil, der dem Goetheschen auffallend ähnlich ist, auszeichnet. Man erkennt also, daß Goethe durch Vermittelung der in diesen Zügen übersprungenen Mutter von der Familie Lindheimer aus Wetzlar geerbt hat allerhand Eigenschaften, die in der Linie seiner väterlichen Vorfahren unauffindbar sind. Seine Eigenart wird erklärlich, wenn man sie nicht bloß von den seinen Namen tragenden Vorfahren herleitet, sondern ihn als ein Produkt der Synthese aus verschiedenen Familien erkennt.

14. Döllken, Leipzig. Über Halluzinationen und Gedankenlautwerden.

Untersucht sind elf Fälle einer Halluzinose, die nicht Geisteskrankheit ist. Die Halluzinationen werden stets korrigiert. Es gibt keine einheitliche Formel für den Mechanismus der Halluzinationen. Fast immer ist der ganze sensible oder motorische Teil des Leitungsbogens beteiligt oder beide Teile gleichzeitig. Ein assoziatives Übergreifen auf eine andere Sinnesleitung ist in dem einen Fall nur nach einer Richtung möglich, im andern herüber und hinüber, obwohl jedesmal beide Leitungen erkrankt sind. Die Aktivierung der Bahnen und Zentren erfolgt von irgendeiner primär erkrankten Stelle der Bahn aus und kann peripher oder transkortikal gelegen sein. Durch länger dauernde elektrische Reize läßt sich experimentell unter Umständen ein geringerer oder größerer Teil des Leitungsbogens zur Beteiligung heranziehen.

Lokalzeichen der Halluzinationen sind abhängig von der Ursprungsstelle und der Art der Aktivierung.

Die wichtigsten Elementargefühle bei Trugwahrnehmungen sind das Fremdgefühl und das Wirklichkeitsgefühl der einzelnen Wahrnehmung. Sie haben auf die Korrektur einen sehr geringen Einfluß.

Die Halluzination kann auf zentrifugalen Wegen laufen, viel häufiger scheint sie eine retrograde Richtung zu nehmen.

Referate.

— Eichhorst, Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten. I. Teil. Urban Schwarzenberg. Berlin-Wien 1907. Preis 9 M.

Der vorliegende Band ist ein Teil des bekannten großen Eichhorstschen Handbuches der speziellen Pathologie und Therapie. Daß sich der Verlag entschlossen hat, diesen Teil gesondert herauszugeben, ist sehr dankenswert; denn das gesamte Handbuch werden wohl nur wenige Private sich leisten wollen und können, und man wird zu seinem Gebrauch fast immer auf die Bibliotheken medizinischer Institute angewiesen sein. Bis jetzt liegt nur der erste Band vor; derselbe behandelt die peripheren Nervenkrankheiten und die Rückenmarkskrankheiten. Das Werk gehört zum Besten, was auf diesem Gebiete zu finden ist. Es ist nicht nur für den Spezialisten ein unentbehrliches Handbuch, sondern wird auch dem praktischen Arzte zu rascher Orientierung vom größten Nutzen sein; denn es vereinigt mit der Knappheit und Übersichtlichkeit des Kompendiums eine glänzende Darstellung und eine Menge eigener klinischer und pathologischer Erfahrungen des Verfassers. 138 gut gelungene, klare Abbildungen erleichtern das Studium des Buches. Probst-Eglfing.

— Neue Verbrecher-Studien. Von Prof. Cesare Lombroso. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1907. Preis geh. 4,50 M.

L. spricht über Völker-, Rassen- und Individualkriminalität, anatom., histolog., morpholog., physiol., psychol. Forschungen an Verbrechern, schließt eine kriminalanthropologische Kasuistik an und verbreitet sich über die anderen Ansichten über Bekämpfung des Verbrechens. Für den geborenen Verbrecher, der nach seiner jetzigen Ansicht 26% der Verbrecher ausmacht, schlägt er die „Symbiose" vor, d. h. den Versuch, die gefährlichen Neigungen in Betätigungsgebieten, die den Anlagen des betreffenden Individuums konform sind, auszunutzen. Kriminaloide, die keine tief eingewurzelten antiethischen Triebrichtungen besitzen, sollen zeitig dem verderblichen Einflusse der Eltern und dem der Straße entzogen und mit ländlichen Arbeiten beschäftigt werden.

Dost-Hubertusburg.

— Gesammelte hirnanatom. Abhandlungen mit einem Aufsatz über die Aufgaben der Neurobiologie. Dr. August Forel.

Verf. veröffentlicht nachträglich eine Reihe älterer hirnanatomischer Arbeiten, welche bisher teils zerstreut in Fachzeitschriften sich fanden, teils noch nicht veröffentlicht sind. Die Arbeiten sollen als historische Dokumente für die Hirnanatomie dienen und enthalten infolge ihres Alters verschiedene Irrtümer, wie sie der damalige Stand der Kenntnisse und die Mängel der Technik mit sich brachten. In dem Schlußaufsatz: „Einige Worte zur Neuronenlehre" erklärt Verf., daß His und er unabhängig voneinander beinahe gleichzeitig den Begriff der Neuronentheorie aufgestellt haben, und daß Waldeyer der Theorie später nur den Namen gegeben habe. Es sei daher gerecht, die Neuronentheorie nach His zu benennen, dem die Priorität zukomme An die Spitze des Buchs ist eine Studie über die Aufgaben der Neurobiologie gestellt.

Dost-Hubertusburg.

— Die Kriterien der Verschlimmerung von funktionellen Neurosen durch Unfälle. Von Prof. Dr. Cramer, Göttingen.

Der auf dem IV. internationalen Kongreß für Versicherungs-Medizin zu Berlin 1906 gehaltene Vortrag schließt mit neun Thesen, aus denen folgendes herausgegriffen sei: Meist stellt die Verschlimmerung nach Unfällen ein quantitativ stärkeres Hervor-

treten der vorhandenen Erscheinungen der Neurose dar, aber auch das Auftreten qualitativ neuer Erscheinungen kommt vor. Eine quantitative Verschlimmerung der Erscheinungen der Neurose kann nicht ohne weiteres auf den Unfall bezogen werden; wenn jedoch zu einer quantitativen Verschlimmerung auch noch eine qualitative Veränderung der vorhandenen Zeichen der Neurose hinzukommt, so kann diese Verschlimmerung unbedenklich auf den Unfall bezogen werden. Arnemann-Großschweidnitz.

— Der Hypnotismus. — Mit Einschluß der Hauptpunkte der Psychotherapie und des Okkultismus. Von Dr. Albert Moll in Berlin. Vierte vermehrte Auflage. Berlin 1907, Fischers Medizin. Buchhandlung.

Bereits in vierter Auflage liegt das bekannte umfangreiche Werk Molls über Hypnotismus vor. Der Verf. hat seine großen Erfahrungen benutzt, um wesentliche Erweiterungen vorzunehmen, er trägt den Stoff in überaus anregender Darstellung vor und er führt den Leser dahin, daß er mit Kritik an die Prüfung des Hypnotismus herangeht. Von den neu hinzugekommenen resp. erweiterten Abschnitten seien zur Lektüre besonders empfohlen diejenigen über Psychotherapie und Okkultismus. Die leider zu beobachtende Zunahme der allgemeinen Wundersucht (Gesundbeten, Schlaftänzerinnen, Der kluge Hans usw.) veranlaßt den Verf., sehr scharf vorzugehen, u. a. bezeichnet er das von Stumpf über den „klugen Hans" ausgestellte Gutachten als eines der absurdesten, die jemals ausgestellt worden sind.

Der Wert des ganz vorzüglichen Lehrbuches wird durch ein sehr gutes Register ungemein erhöht.

Arnemann-Großschweidnitz.

— Reformvorschläge für den mathematischen und naturwissenschaftlichen Unterricht. Entworfen von der Unterrichtskommission der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte. II. Teil. Sonderabdruck 1: Allgemeiner Bericht über die Tätigkeit der Kommission im verflossenen Jahr. Sonderabdruck 5: Zur Lösung einiger allgemeiner Fragen der Schulhygiene. Sonderabdruck 6: Merkblatt zur Handhabung der sexuellen Aufklärung an höheren Unterrichtsanstalten. Verlag von B. G. Teubner, Leipzig und Berlin.

Die Kommission hat sich im verflossenen Jahre mit der Frage des naturwissenschaftlichen und mathematischen Unterrichts an den sogenannten Reformanstalten, den sechsklassigen Realschulen und den höheren Mädchenschulen beschäftigt und sie kommt zu dem Ergebnis, daß diesen Unterrichtsgegenständen unbedingt diejenige Stellung im Unterrichtsplan einzuräumen sei, welche bereits im „Meraner Bericht" von 1905 in den allgemeinen Grundzügen festgelegt worden ist. Sehr beachtlich und voll berechtigt ist die Forderung, daß eine geeignete Kompensation der Schülerleistungen zulässig sei, welche der verschiedenen geistigen Veranlagung Rechnung trägt. In betreff der sexuellen Aufklärung steht die Kommission auf dem Standpunkt, daß ein detaillierter Unterricht nicht gegeben werden soll, daß aber beim Ablauf der Schulzeit eine geeignete Person (Lehrer oder Arzt) die nötigen Aufklärungen geben möge, und für diese Aufklärung hat die Kommission in Form eines Merkblattes allgemeine Gesichtspunke aufgestellt.

Arnemann-Großschweidnitz.

— W. Bokelmann, Zur Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft bei inneren und Geisteskrankheiten. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S. 1907. 27 S.

In der Indikationsstellung für den künstlichen Abort wegen nervöser und psychischer Krankheit bestehen noch weitgehende Meinungsverschiedenheiten (vergl. Jolly, Alzheimer, Friedmann u. a.). Die kleine Schrift des erfahrenen Gynäkologen behandelt zum Schluß auch diese Frage. B. rät hierbei zu möglichster Zurückhaltung und außerordentlich vorsichtiger Auswahl der einzelnen Fälle. Er vertritt somit im wesentlichen den ablehnenden Standpunkt, den von psychiatrischer Seite besonders Alzheimer in überzeugender Weise begründet hat. Mercklin.

— Third Annual Report of the Henry Phipps Institute. For the Study, Treatment, and Prevention of Tuberculosis, February I, 1905, to February I, 1906. Edited by Joseph Walsk, A. M., M. D. Published by the Henry Phipps Institute. Philadelphia 1907.

Der uns interessierende neurologische Teil des Werkes umfaßt zwei Abschnitte. Im ersten pathologisch-anatomischen Teil werden die makroskopisch und mikroskopisch nachweisbaren Veränderungen des zentralen und peripheren Nervensystems infolge von Tuberkulose bei 32 Fällen beschrieben, während sich der zweite Teil mit den mannigfaltigsten klinischen Erfahrungen von seiten des peripheren und zentralen Nervensystems in 176 Fällen von Tuberkulose befaßt. Interessant dürfte die Tatsache sein, daß bei 15 bis 20 % der geschilderten Fälle Tuberkulose, bei nur 2 % dagegen Syphilis der Eltern eine schädigende Rolle gespielt hat. Plesch, Hubertusburg.

— The Filty-Sixth Report (With Appendices) of the Inspektors of Lunatics (Ireland), For the Year ending 31 st Dezember, 1906. Presented to both Houses of Parliament by Command of his Majesty. Dublin, Printed for his Majestys Stationary Office by Alex. Thom & Comp., Abbey-Street. Price 1 £.

Der vorliegende Fall behandelt die Krankenbewegung in den staatlichen und privaten Irrenanstalten Irlands. Der Krankenbestand stieg im Berichtsjahr von 23 365 auf 23 554, also eine Zunahme um 189 Kranke, gegen eine Zunahme von 369 Kranke im Vorjahr. Von Interesse dürfte die Tatsache sein, daß 25 % der in den Anstalten erfolgten Todesfälle auf Lungenphthise zurückzuführen sind, und zwar überwiegen hierbei überraschender Weise gerade die in Bezug auf die klimatischen Verhältnisse am besten gestellten Anstalten gegenüber den klimatisch ungünstiger gelegenen Anstalten. Plesch, Hubertusburg.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 1. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**
Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Infolge Beförderung wird an der Brandenburgischen Landesirrenanstalt in Landsberg (Warthe) zum 1. April d. J. die Stelle eines

Assistenzarztes

frei. Sie soll möglichst bald oder zu einem zu vereinbarenden Termin wieder besetzt werden. Neben freier Station I. Klasse beträgt das Anfangsgehalt jährl. 1800 M., das bis 2400 M. steigt. Frühere Tätigkeit an Irrenanstalten oder Krankenhäusern kann i. Anrechn. kommen.

Unverheiratete Bewerber wollen ihre Gesuche mit Zeugnissen, Lebenslauf und Approbation möglichst bald einsenden an den Direktor

Sanitätsrat Dr. Gock.

Die Stelle des

Direktors

der Heil- und Pflegeanstalt Waldbroel ist zum 1. August zu besetzen. Gehalt und Anstellungsbedingungen wie bei den Direktoren der Rheinischen Provinzialirrenanstalten. Meldungen mit Personalpapieren evang. Bewerber erbeten an den Vorstand der Gesellschaft Ev. Krankenhaus G. m. b. H. Persönliche Vorstellung zunächst nicht erwünscht.

An der **Prov.-Heilanstalt Lauenburg i. Pom.** ist zum 1. April oder später infolge Versetzung des Inhabers eine

Assistenzarzt-Stelle

zu besetzen. Gehalt 1800 M. (jährlich um 200 M. steigend) und freie Station I. Klasse. Nach dreijähriger Dienstzeit endgültige Anstellung als Oberarzt. (Gehalt 3600—7200 in 7 dreijährigen Steigerungen, freie Familienwohnung, Heizung, Beleuchtung und Gartennutzung, Arznei und ärztliche Behandlung.)

Für diese Stelle werden Meldungen nur jüngerer unverheirateter Aerzte erbeten an den Direktor Geheimen Medicinal-Rat Dr. Siemens.

Bekanntmachung.

An der **Großherzoglich Badischen Heil- und Pflegeanstalt** bei Emmendingen in nächster Nähe Freiburgs im Breisgau ist eine Hilfsarztstelle zu besetzen. Anfangsgehalt 2000 M. und regelmäßige ährliche Zulagen bei völlig freier Station . Klasse. Bewerber mit psychiatrischer Vorbildung können mit einem höheren ehalt beginnen. Im April wird auch ine Medizinalpraktikantenstelle frei. Jährche Vergütung von 900 M. und völlig reie Station I. Klasse. Die Bewerbungen ollen an die Direktion gerichtet werden

Geheimer Medizinalrat Dr. **Haardt.**

Dormiol

Billiges, prompt wirkendes **Schlafmittel** in Dosen von 0,5 — 3,0 gr. Gut bekömmlich, **keine Nebenwirkungen** beobachtet. Dem **Chloralhydrat** an **Wirkung gleich ohne dessen Nachteile.**

Dormiol-Kapseln zu 0,5 gr.

Crurin	**Bismutose**	**Orexin**
Streupulver. Antisepticum und Adstringens zum äusserl. Gebrauch.	bewährtes Adstringens und Protectivum.	echtes Stomachicum **Orexin-Tabletten** und **Orexin-Chocol.-Tabletten**

Litteratur durch: **Kalle & Co. A.-G., Biebrich a. Rh.**

BROMURAL

α-Monobromisovalerianylharnstoff.

Ein neues Nervenberuhigungs- u. Schlafmittel.

Fast geschmackfrei, geruchlos und ohne Nebenwirkung. 959

Indikation: Leichte, nervöse Schlaflosigkeit, Hysterie, Neurasthenie etc.

Dosis: 2 Tabletten à 0,3 g Originalröhrchen zu 20 Tabletten à 0,3 g.

Literatur und Proben kostenlos.

Knoll & Co., chem Fabrik, **Ludwigshafen a. Rhein.**

Potator (auch Dame)

findet in guter, abstinenter Familie unter ärztlicher Kontrolle völlige, sachgemäße Entwöhnung. Diskreter Aufenthalt als Gast der Familie. Keine Anstalt. Höchstaufnahme drei Personen. Eigenes Haus in großem Garten in wunderschön gelegenem Neckarort. — Beste Referenzen.

Anfragen an **Georg Kropp, Neckargemünd.**

Wir empfehlen angelegentlichst unsere unübertreffilichen

Holzwolle-Fabrikate zu Unterlagen für unreinliche Kranke.

Deutsche Holzwolle-Fabrik Loewenstein & Co.
Berlin, Greifswalderstraße 140.

In der Heilanstalt für Gemütskranke des Sanitätsrats Dr. Edel in Charlottenburg, Berlinerstr. 17 ist **eine**

Oberpflegerstelle

zu besetzen.

Geeignete Bewerber mit guten Zeugnissen wollen sich vorstellen von 11 bis 1 oder 4 bis 5, bezw. sich schriftlich bewerben.

„Friedheim" Zihlschlacht

Thurgau, Schweiz.

Comfortables Heim
(gegründet 1890)

für Nerven- u. Gemüthskranke besserer Stände

incl. **Alkoholiker** beiderlei Geschl.

Dr. F. Krayenbühl
Specialarzt.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschließlich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irren- und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Zehnter Jahrgang 1908/1909.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Sachregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

Namenregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

Heynemann'sche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 1. 28. März 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Selbständigkeit der Anstaltsärzte.

Von Dr. *Vocke*-Eglfing.

In Nr. 51 dieser Wochenschrift erhebt Resch-Eichberg heftige Vorwürfe gegen die jetzige Organisation des ärztlichen Dienstes in den Irrenanstalten und gegen die Vorschläge der Kommission, welche in der Selbständigkeitsfrage versagt habe. Ich habe kein Mandat, im Namen der Kommission zu antworten, und fühle mich auch nicht bemüßigt, als Vertreter der angegriffenen Direktoren das Wort zu ergreifen gegenüber haltlosen Verallgemeinerungen auf Grund vielleicht tatsächlicher Einzelerfahrungen, ich möchte aber in der Selbständigkeitsfrage doch einige Momente hervorheben und damit verhüten, daß wir in einigen Wochen in Berlin über solche Utopien diskutieren müssen, wie sie die Wünsche von Resch und Sandner (siehe Nr. 15 dieser Wochenschrift) darstellen.

Es ist dringend nötig, daß überall den fertigen Anstaltsärzten ein möglichst großes Maß von Selbständigkeit eingeräumt und ihre Initiative gewürdigt und gefördert wird. Diese Überzeugung muß und wird sich Bahn brechen, namentlich dann, wenn die jetzigen Ober- und Anstaltsärzte später als Direktoren ihre heutigen liberalen Ideen in der Praxis verwirklichen, allein alle Ärzte, wie Sandner das wünscht, können nie selbständig sein. Die Selbständigkeit hat ihre Grenzen da, wo es das Wohl des Ganzen erheischt.

Der junge Arzt, der sich der Anstaltskarriere zuwendet, wird Beamter und will es werden; er nimmt Teil an den Benefizien des Beamtentums — lebenslängliche Anstellung, Pensionsansprüche für sich und seine Hinterbliebenen — er muß sich auch die Spitze gefallen lassen, die jeder Beamter über sich hat, und muß die Intentionen seiner Vorgesetzten respektieren, solange sie mit Ehre, Pflicht und Gewissen vereinbar sind. Er muß auch seiner Überzeugung da und dort einmal eine Konzession machen. Der Richter ist an Gesetz und Prozeßordnung gebunden, der Lehrer an den Lehrplan, mögen sie diese Normen billigen oder nicht. So muß der Anstaltsarzt auch den Intentionen seines Direktors einmal eine Konzession machen, der die Verantwortung trägt für alles und der im Laufe des Jahres wohl öfter, als manche Herrn ahnen, bei Klagen und Beschwerden gegen Anstaltsärzte vermitteln und diese mit seiner Verantwortung decken muß, wenn er mit der Sache auch nicht ganz einverstanden war.

Ich glaube unbestritten sagen zu dürfen, daß die Anstaltsdirektoren in Deutschland wohl mit wenigen Ausnahmen von ihren vorgesetzten Behörden ein hohes Maß von Selbständigkeit konzediert erhalten und sich bei diesen eines großen Wohlwollens erfreuen. Also leben und leben lassen! Was den Direktoren angenehm ist, ist auch den Anstaltsärzten erwünscht, darum auch diesen Selbständigkeit, Spielraum und Wohlwollen! Alles das verträgt sich mit großzügigen Direktiven nach einem bestimmten Richtpunkt und der Direktor kann da und dort auch einmal in minder-verantwortungsvollen Dingen seinem Mitarbeiter eine Konzession machen, selbst gegen seine Überzeugung. Von solchen Anschauungen sollen auch künftige Dienstesvorschriften getragen sein, allein sie können nicht vom Verein erlassen werden.

Eine Anstalt in der heutigen Gestalt und bei dem gegenwärtigen Administrativsystem ist ohne stabile Spitze nicht denkbar. Ist die ärztliche Leitung dem Wechsel unterworfen, dann wird rasch der stabile, mit allen Einrichtungen, Vorschriften und Praktiken vertraute Verwaltungsbeamte den dominierenden Einfluß wieder gewinnen, gegen den wir lange gekämpft haben. Es ist unmöglich, daß in einer Anstalt vier Oberärzte alternierend den Direktor machen und jene ununterbrochene Kenntnis aller Verwaltungs-, Betriebs- und

Rechnungsgeschäfte, aller früheren Verhandlungen, Direktiven und der ganzen organischen Entwickelung einer Anstalt und ihres Gesamtbetriebes besitzen, die allein ein wirkliches Dirigieren des administrativen Teiles ermöglicht. Bei einem solchen Wechsel wird der Direktor nicht dirigieren, sondern er schwimmt oder kommandiert planlos und sein Nachfolger schwimmt weiter oder wirft alles wieder um.

Die absolute Selbständigkeit einer Vielzahl von Anstaltsärzten ist nur möglich, wenn die Anstalt einen Verwaltungsdirektor hat und wenn die bauliche Organisation der Anstalten eine radikale Änderung erfährt. Dann kann man die Anstalten künftig so errichten, daß sie aus drei bis vier kleinen Anstalten bestehen, deren jede für sich Wach- und Pflegestationen, Häuser für Ruhige und Unsoziale hat, so daß jeder Vorstand eines solchen streng getrennten und selbständigen Rayons ganz nach eigenen Heften arbeiten kann. Alles kann er auch nicht selbst machen, er muß jüngere und ältere Hilfsärzte haben, die manchmal auch mit ihm nicht zufrieden sein werden.

Allein nun hat die Anstalt drei bis vier ärztliche Direktoren und einen Verwaltungsdirektor; jedenfalls wäre die Zahl der ganz selbständigen Ärzte dann vermehrt. Vielleicht macht eine Provinz einen derartigen Versuch, der übrigens in Paris, wie mir unser Kollege v. Hößlin nach seiner Reise dorthin jüngst berichtete, schon erprobt ist.

Trennen wir die Anstalten nur nach Geschlechtsseiten, dann kommen wir auf das, was wir vernünftiger Weise heute schon machen können. Dem Direktor stehen zwei Abteilungsdirigenten zur Seite, es können auch drei sein. Er ist ihr und sie sind seine Consiliarii, man einigt sich über die kardinalen Gesichtspunkte, bespricht die wichtigeren Verwaltungsdinge miteinander, einmal gibt der, einmal jener nach und im übrigen läßt man den Abteilungsdirigenten freien Spielraum. Plagt man sie nicht mit Pedanterien und Kleinigkeiten, dann werden sie fast stets ein sicheres Gefühl dafür haben, wo eine vorherige Besprechung mit dem Direktor am Platze ist.

Daß die Ärzte der Unterabteilungen dabei unselbständiger sind, als wenn sie direkt dem Direktor unterstehen, kann ich nicht einsehen, im Gegenteil! Zwei Instanzen sind immer besser als eine. Und damit komme ich auf den Kardinalpunkt der unumschränkten Selbständigkeit und Selbstherrlichkeit der einzelnen Anstaltsärzte. Ich glaube nicht, daß die Selbstherrlichkeit der heutigen Anstaltsdirektoren so groß ist, wie sie Kollege Resch schildert. Niemand wird in der Anstalt so gut kontrolliert als der Direktor, vom ältesten Beamten angefangen bis herunter zum jüngsten Hausdiener; jedes Wort, jeder Schritt wird gebucht, kommentiert und weiterverbreitet, überall funktioniert eine automatische Kontrolle. Diese gegenseitige Kontrolle auch im Krankendienst liegt aber sehr im Interesse der Kranken. Wir wollen eine Selbständigkeit der Ärzte, um Zuzug tüchtiger Kräfte für unsere Kranken zu bekommen, aber keine Selbständigkeit, die den Interessen der Kranken zuwiderläuft. Der Kranke soll nicht nur einem Arzte und dem Urteil eines Mannes unterworfen sein, sondern er soll an mehrere Instanzen appellieren können und das ist in idealer Weise gewährleistet, wenn er außer Abteilungsarzt und Direktor noch einen Abteilungsdirigenten hat, nur muß nicht jeder sofort anschaffen wollen. Drei finden leichter den rechten Weg als einer und übernehmen ruhiger eine große Verantwortung, wenn sie sich eins wissen über einen vielleicht gewagten Schritt. „Wir werden das in der Konferenz besprechen", lautet unsere Auskunft, wenn der Kranke ein Vorbringen hat, das der Abteilungsarzt nicht selbst erledigen wollte, und dann weiß der Patient, daß die drei zuständigen Ärzte sein Anliegen beraten werden und daß er Bescheid bekommt; er weiß aber auch, daß nicht ein Arzt hinter dem Rücken oder ohne Fühlung mit dem anderen in wichtigeren Sachen vorgeht und das stützt gerade das Ansehen des Abteilungsarztes. Bei diesem Modus muß man allerdings auf Selbstherrlichkeit verzichten und hört manchmal: „Ja sind Sie nicht einmal soviel, daß Sie das gleich anschaffen können?"; allein das rührt mich nicht, ich antworte: „Ich könnte es schon, aber ich will nicht; ich tue prinzipiell nichts, ohne mich mit dem anderen Herrn benommen zu haben". In keiner Kollegialbehörde kann jeder alles nach eigenem Gutdünken entscheiden; da und dort muß er erst Fühlung mit den Vorgesetzten oder Nebenreferenten nehmen. Diejenigen, die sich daran stoßen, das sind die selbstherrlichen Naturen, nicht ihre Vorgesetzten. Und wer durchaus selbstherrlich arzten will, für den ist in der Praxis Gelegenheit, ihn zwingt niemand in die Anstalt.

„Die Richter sind selbständig, die Lehrer sind selbständig, warum die Irrenärzte nicht?!" Das ist heute ein beliebtes Schlagwort.

Als ob die Früchte dieser Selbständigkeit so wunderbar wären. Warum gibt es denn in der Justiz die Berufungsinstanzen, warum verlangt man noch mehr Berufungsmöglichkeiten, von was leben die Rechtsanwälte? Der Subjektivismus in der Rechtsan-

schauung und Rechtsanwendung erfordert diese Korrektive. Die Selbständigkeitsschwärmer wollen nur einmal eine Berufungsstatistik zur Hand nehmen und sie werden überrascht sein von der gewaltigen Anzahl erfolgreicher Berufungen gegen erstinstanzielle Urteile. Auch unsere Kranken sollen Berufung ergreifen können!

Noch weniger nachahmenswert erscheint mir die Selbständigkeit nach Analogie der Lehrer für eine Anstalt. Obwohl der Lehrer nach einem festen Lehrplan seine Jungen nur wenige Stunden in der Woche bearbeitet, dabei durch Nebenlehrer, Vorstand, Lehrerkollegium, Eltern und Haus, bewußt oder unbewußt korrigiert wird, sind die Folgen der Selbstherrlichkeit dort nicht selten recht betrübende und so ein Junge weiß oft nicht, wie er sich den verschiedenen Temperamenten und Spezialneigungen seiner wechselnden Beherrscher anpassen soll. Wie viele Lehrerurteile desavouiert das spätere Leben, wie viele Schüler werden nicht nur unrichtig zensiert, sondern auch unrichtig behandelt. Nirgends ist die Selbstherrlichkeit so weit gediehen und treibt so wunderliche Blüten als gerade in den Kreisen der Mittelschullehrer. Hat nicht beinahe jedes Gymnasium den einen oder anderen Pascha, vor dem Alt und Jung zittert?

Caveant consules gegenüber einer solchen Selbständigkeit in den Anstalten.

Die Hauptursachen der vielleicht nicht zu leugnenden Selbstherrlichkeit mancher früherer Anstaltsdirektoren lag wohl in dem Fehlen von älteren, fest angestellten, auskömmlich besoldeten und damit sowohl erfahrenen als auch materiell unabhängigen ärztlichen Mitarbeitern. Hierin hat die Zeit schon Wandel geschaffen und weitere Fortschritte sind unaufschieblich. Damit fällt auch die Selbstherrlichkeit der Spitzen; aber nun keine Selbstherrlichkeit aller Ärzte, die wäre noch schlimmer, namentlich für die Kranken. Wo ein Wille ist, da ist ein Weg, und auch eine mehrstufige Organisation kann jeder Stufe Spielraum zu freier Betätigung gewähren, wo aber kein Wille ist, da helfen die breitesten Straßen und die besten Vorschriften nichts.

Über Entweichungen von Geisteskranken.

Von *Rudolf Ganter*, Wormditt (Ostpreußen).

Es ist, soweit ich zu sehen vermag, schon einige Zeit her, daß über dieses Thema geschrieben worden ist. 1886 hat Schlager in Wien eine interessante Arbeit veröffentlicht.*) Aber seitdem haben sich die Verhältnisse geändert, die Psychiatrie hat große Fortschritte gemacht, so daß es gerechtfertigt ist, wieder einmal eine kleine Umschau zu halten. Die unmittelbare Veranlassung zu dieser Abhandlung bot eine Broschüre von Collet: Sur les évasions des aliénés, Lyon 1907. Collet handelt von den Entweichungen und Entweichungsversuchen, die in der Irrenanstalt Vaucluse bei Paris in den Jahren 1901 bis 1905 von Kranken unternommen worden sind. Die Anstalt verpflegt durchschnittlich 721 Kranke im Jahr. Unter diesen kamen jährlich 18,8 Entweichungen und 39,5 Entweichungsversuche vor. Es entwichen also durchschnittlich im Jahr 2,6%. Diese Zahlen lassen sich natürlich nicht ohne weiteres mit den bei uns erhaltenen vergleichen. Das läßt sich schon schwer von Anstalt zu Anstalt machen, geschweige denn von Land zu Land. Es sind Bau der Anstalt, Organisation des Dienstes, die psychiatrischen Anschauungen der Ärzte, auch die statistischen Angaben zu verschieden. Diese Bedenken sollen uns aber nicht hindern, eine Statistik für deutsche Anstalten anzuschließen, da es ja noch mancherlei andere Vergleichspunkte gibt.

Da ich die Jahresberichte der Anstalten nicht zur Verfügung hatte, so habe ich die Zahlen und Berechnungen nach den Anstaltsberichten im Literaturheft der Allg. Zeitschrift für Psychiatrie gemacht, und zwar für die Jahre 1903 bis 1906. In Betracht kommen nur deutsche Anstalten.

Jahr	Zahl der Anstalten	Zahl der Anstalten mit Entweichung.	Zahl der verpflegten Kranken	Zahl der Entweichungen %
1903	71	15	63395	138 = 0,22
1904	70	20	54831	191 = 0,34
1905	79	7	62349	213 = 0,34
1906	74	9	66627	282 = 0,44

Stellen wir dieser Statistik die von Schottland entgegen, die wir gerade zur Hand haben. Von 17241 im Jahre 1905 verpflegten Geisteskranken entwichen 154 = 0,89%, von den 1906 verpflegten 17450 Geisteskranken 157 = 0,89%. Was uns an diesen Zahlen

*) Schlager, Über Entweichungen und Entweichungsversuche von Geisteskranken aus ihren Verpflegungsorten. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1886, Bd. 42.

auffällt, ist, daß die Zahl der Entweichungen fast konstant geblieben ist. Allerdings handelt es sich nur um den kleinen Zeitraum von zwei Jahren. Wir erhalten aber beinahe dasselbe Resultat, wenn wir mehrere Jahre heranziehen, wie folgende Tabelle zeigt:

Jahr	Zahl der Entweichungen	Zahl der Entw. auf 1000 Kranke
1897	177	15
1898	217	18
1899	186	12
1900	190	15
1901	190	15
1902	181	14
1903	168	12
1904	171	12
1905	154	11
1906	157	11

Sollten wir es hier mit einer gewissen Gesetzmäßigkeit zu tun haben? Die Zahl der Selbstmorde und Verbrechen draußen im Lande hält sich ja auch nach den statistischen Erhebungen annähernd auf derselben Höhe. Es würde demnach in unserem Fall die Zahl der Entweichungen, sofern nicht die äußeren Umstände zu stark voneinander abstechen, nur unerhebliche Schwankungen aufweisen. Für die deutschen Anstalten sind freilich die Differenzen größer, dafür aber auch die Angaben der Jahresberichte bis zur Unbrauchbarkeit schlecht. Viele Anstalten berichten anscheinend überhaupt nicht über Entweichungen.

So ist in den zusammenfassenden Berichten von Sachsen und Württemberg nirgends von einer Entweichung die Rede. Auch der größte Optimist wird nicht glauben, daß dort keine vorgekommen sind. Die Rheinprovinz u. a. erwähnen nur, daß Entweichungen stattgefunden haben, bringen aber keine Zahlen. Manche Anstalten sprechen von „zahlreichen Entweichungen und Entweichungsversuchen". Aus Herzberge mit 1200 Kranken sind 1906 171 Kranke entwichen. Wie viel mögen aus Dalldorf entwichen sein mit seinen 3000 bis 4000 Kranken? Andere Anstalten sind wieder genauer, indem sie neben der Zahl der Entweichungen auch die der Entweichungsversuche bringen.

Wenn wir nun weiter zu Einzelheiten übergehen, so ist auch hier die Ausbeute nicht groß. Doch wollen wir bringen, was wir zusammengefunden haben. Was zunächst das Geschlecht betrifft, so überwiegen, wie Schlager und Collet berichten, bei weitem die Männer. Zahlen habe ich nur in den Berichten von Emmendingen und Illenau gefunden. Aus Emmendingen entwichen 1905 12 M. und 7 Fr., aus Illenau 8 M. und 4 Fr. Die Frauen haben eben weniger Initiative, wohl auch weniger Gelegenheit. Außerdem besteht bei den meisten die angeborene Scheu, sich allein draußen herumzutreiben, da sie sich draußen größeren Gefahren aussetzen als der Mann und vor allem auch leichter aufgefangen werden. Unter den Männern wiederum fand Schlager ein Überwiegen der Ledigen, was einen nicht zu wundern braucht, da die ledigen Geisteskranken überhaupt in der Mehrzahl sind. Auch das ist weiter nicht merkwürdig, daß nach Schlager das Alter von 20 bis 50 Jahren am meisten beteiligt ist.

Was die Gründe anbelangt, aus denen Kranke entweichen, so wurde, früher wenigstens, angegeben, die Kranken würden in die Irrenanstalt eingesperrt und suchten sich eben dieser Einsperrung zu entziehen. Dieser Grund ist nur zum Teil richtig; denn mit Recht weist Schlager darauf hin, daß Geisteskranke auch in ganz freier Behandlung, in der Familie, bei Verwandten, in Kolonien entweichen. Im Altertum, wo man sich überhaupt nicht weiter um die Geisteskranken kümmerte, und auch in den letzten Jahrhunderten flohen sie vielfach in die Wälder (Lykanthropie, Werwölfe). Es müssen also noch andere Gründe hinzukommen, Gründe, die in der Krankheit selber liegen. Dahin gehören die Erregungszustände mit dem Trieb zu motorischen Entladungen, die melancholischen Zustände mit Selbstmordneigung, die Wanderlust und der Drang nach Veränderung bei Imbezillen, das triebartige Fortlaufen der Epileptiker, Halluzinationen und Wahnideen (Verfolgungswahn). Alkohol und Venus, besonders ersterer, mögen ja wohl auch auf manche hierfür Disponierte nicht ohne Anziehungskraft sein. Auch edlere Ursachen, wie Sehnsucht und Sorge um die Angehörigen kommen bisweilen in Betracht. Diese Gründe erklären also genügend, daß sowohl bei strenger wie bei freier Behandlung Entweichungen vorkommen. Wir brauchen das aber nicht einmal mehr historisch zu verfolgen, da die Beweise zur Hand liegen. Jede Anstalt hat ihre geschlossenen Abteilungen mit strenger Überwachung und ihre offenen Abteilungen mit ganz freier Behandlung. Nun ist behauptet worden, trotzdem wir eine möglichst freie Behandlung der Geisteskranken haben, seien die Entweichungen nicht zahlreicher geworden als früher. Schlager schreibt sogar, daß in der Wiener Anstalt die Zahl der Entweichungen in der Kolonie geringer gewesen sei als in den geschlossenen Gebäuden. Demgegenüber steht die Bemerkung von Collet, daß die meisten Entweichungen auf den mehr offenen Abteilungen ausgeführt wurden. Auch der eine oder andere

deutsche Anstaltsbericht erwähnt es als selbstverständlich, daß bei der freien Behandlung und der ausgedehnten Beschäftigung der Kranken Entweichungen häufig vorkamen. Zahlen bringen verschwindend wenige Anstalten: Brieg (1903) 12 Entweichungen, davon 6 aus der Kolonie; Leubus (1903) 7 Entweichungen vom Gute; Gabersee (1904) 22 Entweichungen, davon 9 aus der geschlossenen, 13 aus der offenen Abteilung. Es ist demnach durchaus nicht unwahrscheinlich, daß infolge der freieren Behandlung die Zahl der Entweichungen zunimmt, haben doch manche mittelgroße Anstalten 35—45 Entweichungen, andere allerdings wieder nur einige wenige. Aber das ist ja weiter auch nicht schlimm, handelt es sich doch zumeist wohl um harmlose Kranke. Die sich selbst und andern gefährlichen Geisteskranken werden ja heutzutage durch die Bett- und Bäderbehandlung absorbiert. Dadurch verliert die Entweichung viel von ihrem Schrecken. Bett und Bad schützen bekanntlich viel besser als das Isolierzimmer.*) Natürlich bleibt noch eine ganze Anzahl Kranker übrig, die sich weder für die Bett- und Bäderbehandlung noch für die freie Behandlung eignen. Zu dieser Kategorie gehören wohl die, die aus den geschlossenen Abteilungen entweichen und deren Entweichung nicht gerade zu den angenehmsten Vorkommnissen gehört. Zwischen diesen beiden Extremen, der geschlossenen Abteilung und der freien Kolonie, liegen noch verschiedene für die Entweichung günstige Gelegenheiten. Manche Kranke wissen den Spaziergang, den Weg von einem Gebäude zum andern, den Aufenthalt im Garten für diesen Zweck zu benutzen.

Manche Kranke gehen oft bei ihrem Vorhaben mit großer Schlauheit zu Werke, aber solche Tricks, wie sie Schlager aus der Wiener Anstalt berichtet, gehören heutzutage zu den Unmöglichkeiten, sie muten einen zum Teil etwas romantisch an. Da ertönt plötzlich ein Feuerruf im Saal, der den „Türdienst" versehende Wärter eilt bestürzt herbei, indes der oder die Kranken zur Türe hinauswischen. Oder ein Kranker heuchelt Unwohlsein mit demselben Erfolg. Andere Kranke wieder suchen die Aufmerksamkeit des Wärters abzulenken, indem sie ihn für ein Spielchen gewinnen. Eine schöne Gelegenheit zum Entweichen boten auch die Sonn- und Feiertage, wo 200 bis 300 Besuche in die Anstalt kamen. Manche Kranken fälschten ärztliche Urlaubsscheine, andere wußten gleich bei der Aufnahme den Pförtner zu täuschen, indem sie sich für den Begleiter ausgaben. Manche Kranken gruben im Garten maulwurfsartig ein Loch unter den Zaun und schlüpften durch, gewandtere dagegen schwangen sich hinüber. Viele werden dabei wohl auch den draußen patrouillierenden und mit Signalpfeifen ausgestatteten Wärtern in die Hände gelaufen sein. Auf den Abteilungen boten die Heiz- und Ventilationskanäle, die Abortschläuche eine verlockende Gelegenheit.

Wir können allerdings diese Dinge begreiflich finden, wenn wir daran denken, daß früher die Geisteskranken in großen kasernenmäßigen Gebäuden untergebracht wurden, und da natürlich die allerverschiedensten Formen durcheinander. Hierin hat die Bett- und Bäderbehandlung, vor allem aber auch der Fortschritt in der Diagnostik, man denke nur an Kraepelins Dementia praecox, gründlich Wandel geschafft. Wenn auch Entweichungen der Natur der Sache nach nicht zu vermeiden sind, so sind doch die Begleitumstände andere geworden. Auch die Entweichungen stehen gleichsam auf der Höhe der Zeit.

Was die Krankheitsform der Entwichenen anlangt, so stimmen Schlager und Collet darin überein, daß die weitaus größte Zahl der Imbezillität (moral insanity) angehört. Schlager spricht von 75%. Viele von ihnen haben schon mit dem Gefängnis Bekanntschaft gemacht, so daß sie die dort gewonnenen Kenntnisse in der Irrenanstalt gut verwenden können. Diese Kranken neigen auch am meisten zu den so gefürchteten Komplottierungen. Collet berichtet, daß unter 117 Entweichungen und Entweichungsversuchen 42 mal zwei und drei Kranke zusammen entwichen. Diese gemeinsamen Entweichungen sind, wie Collet weiter bemerkt, viel öfter von Erfolg begleitet als die Einzelentweichungen. Wenn auch unsere Jahresberichte sich über solche Fälle ausschweigen, so darf man doch annehmen, daß, je mehr eine Anstalt auf der Höhe der Zeit steht, d. h. hier, je mehr sie die verbrecherischen Elemente ausmerzen kann, um so seltener die Verschwörungen werden. Collet fand weiter, daß auch die Dementia praecox einen ziemlichen Teil zu den Entweichungen stellt. Da er aber neben der Dem. praecox noch die buntscheckige Symptomendiagnostik bringt, ist nicht recht klar, was er eigentlich unter Dementia praecox versteht. Im übrigen gibt es keine Krankheitsform, die nicht unter den Entweichungen vertreten ist. Schlager und Collet erwähnen noch den Alkoholismus, die Paranoia (Verfolgungswahn), die halluzinatorischen Geistesstörungen, die Epilepsie, die progr. Paralyse, die Verblödungsformen. In den letzteren Fällen handelt es sich

*) Auch Collet erwähnt einen Kranken, der aus dem Isolierzimmer entwich. Schlager bemerkt mit Recht, daß man nicht einmal im Gefängnis Entweichungen verhüten könne.

meist um ein blindes Davonlaufen (acte démentiel nach Collet). Daß Kranke im manischen Erregungs- oder im melancholischen Depressionszustand entweichen, dürfte bei der heutigen Behandlungsmethode mindestens zu den Raritäten gehören. Schlager hat beobachtet, daß Kranke zum Scheine Fluchtversuche unternahmen, um sich an der Aufregung des Personals zu weiden. Es handelt sich hier um Fälle von Hysterie und moral insanity.

Schlager und Collet haben auch nach der Zeit der Entweichungen geforscht. 58 von den 94 Entweichungsfällen Collets fielen auf den Sommer. Das ist natürlich. Im Sommer werden die Kranken auf freiem Felde beschäftigt. Da locken die schönen Tage, während es im Winter doch besser ist am warmen Ofen. Selbst Bruder Straubinger weiß im Winter die warme Krankenhausstube zu schätzen. Weniger einleuchten will es mir, wenn Schlager meint, manche Kranken hätten eine besondere Neigung, an Gedenk-, Erinnerungs- und Feier-Tagen zu entweichen (Familienfest, Jahrestag der Einlieferung u. dergl.). Es wird eine Beobachtungstäuschung sein, ähnlich der vom Einfluß des Mondes auf die Stimmung. Manchen Kranken Collets gelang es, nachts zu entweichen. Collet hat auch untersucht, wie lange die Entwichenen schon in der Anstalt waren. Die meisten seiner Kranken sind innerhalb der ersten drei Monate entwichen. Ich glaube, wir dürfen behaupten, so etwas kommt bei uns nicht vor. Man sieht eben auch hier wieder, von welch fundamentaler Bedeutung die Art der Behandlung ist. Manche Kranke sind natürlich auch viele Jahre lang in der Anstalt und zwar in freier Behandlung. Da kommt bisweilen dann eine Entweichung ganz überraschend. Es gibt eben immer wieder Umstände, die sich nicht voraussehen und berechnen lassen. Mit manchen Selbstmordfällen verhält es sich geradeso.

Hat eine Entweichung stattgefunden, so erhebt sich die bange Frage, was wird nun geschehen? Handelt es sich um einen harmlosen Kranken, wird ihm etwas zustoßen? Ist's ein gefährlicher Kranker, was wird der anstellen? Glücklicherweise gehören schlimme Folgen zu den Seltenheiten. Viele Kranke können ruhig zu Hause bleiben. Unter den 94 entwichenen Kranken Collets waren es 21, von den 1906 aus den schottischen Anstalten entwichenen 157 Kranken 26. Herzberge berichtet, daß von 156 entwichenen Kranken 90 Männer und 3 Frauen zu Hause gelassen werden konnten. Es handelt sich da wohl zumeist um in Genesung befindliche Kranke, die nicht mehr warten wollten, bis der Arzt die der Entlassung entgegenstehenden Bedenken vollends überwunden hatte. Die meisten indessen werden bald wieder zurückgebracht, nur wenige bleiben verschollen. Ich fand in den Jahresberichten (1903 bis 1906) nur drei Fälle erwähnt. Das gleiche gilt für die Fälle mit schlimmem Ausgang. Es waren ihrer vier: Ein Mann stürzte vom Felsen, eine Kranke ging durch Erfrieren auf dem Felde zugrunde, eine Frau wurde im Walde tot aufgefunden (Tod durch Erschöpfung), eine Entweichung endete mit „traurigem Ausgang". Darüber, daß sich entwichene Geisteskranke Gewalttätigkeiten gegen ihre Mitmenschen hätten zuschulden kommen lassen, wird nirgends etwas erwähnt, manches mag freilich auch nicht zur Kenntnis der Ärzte gelangen oder in den Jahresberichten nicht erwähnt werden. Schlager spricht von derlei bösen Taten.

Am Schlusse angelangt, möchte ich noch kurz die Erfahrungen mitteilen, die ich hier in der Epileptiker-Heilanstalt gemacht habe, d. h. bei Epileptikern, die nicht zu den Geisteskranken im engeren Sinne gehören. Die Anstalt hat offenen Charakter und verpflegt jährlich etwa 180 bis 200 Kranke. 1905 kam eine Entweichung vor. Den betreffenden Kranken befiel plötzlich der impulsive Drang, nach Hause zu gehen. Er soll 42 Stunden unterwegs gewesen sein, ohne etwas zu sich zu nehmen und ohne größere Ruhepausen zu machen. Das will schon etwas heißen bei dem üblichen geruhsamen Anstaltsleben. Man erkennt aber daran das Triebartige. 1906 entwichen zwei Kranke. Der eine, vorbestraft, hatte den andern, einen ehemaligen Fürsorgezögling, der demnächst seine legitime Entlassung zu erwarten hatte, verführt. 1907 kamen fünf Entweichungen vor. Einer, ein Imbeziller, entwich zweimal. Ein anderer Kranker, der seine Entlassung auch auf legalem Wege hätte erreichen können, entwich mit einem harmlosen, aber schwachsinnigen Landsmann (Pole). Ein Kranker stieg nachts, anscheinend in einem Zustand von Benommenheit, durch das Abortfenster und wurde morgens mitten im Stadtbach stehend aufgefunden. Hin und wieder versuchte auch ein Kranker im Zorn von der Feldarbeit wegzulaufen, wenn er mit einem andern in Streit geraten war. Solche Kranke setzen sich häufig zur Wehr, wenn sie zurückgebracht werden sollen. Selbst sonst harmlose Kranke können, wie der Fall in Emmendingen beweist, unter diesen Umständen gefährlich werden. Auf der Frauenseite kamen in den drei Jahren nur zwei Entweichungsversuche von mehr oder weniger blöden Frauen vor.

Wenn wir zuletzt das Ganze noch einmal überschauen, so finden wir, daß wir viele Vermutungen haben aufstellen können, aber wenig Zahlen. Wir

können ja als sicher annehmen, daß die Fortschritte in der psychiatrischen Diagnostik, in der Organisation des ärztlichen und des Pfleger-Dienstes, vor allem der Bett- und Bäderbehandlung, die Fortschritte in dem Bau der Anstalten modifizierend auf die Entweichungen eingewirkt haben. Ob aber die Zahl der Entweichungen gegen früher zurückgegangen ist, das ist doch fraglich, da hier die Ausdehnung der freieren Behandlung von kompensierendem Einfluß sein könnte. Genaueres werden wir nur erfahren, wenn in den Anstaltsberichten den Entweichungen eine größere Aufmerksamkeit geschenkt würde. Wenigstens könnten da die Hauptpunkte berücksichtigt werden: Zahl der Entweichungen, Krankheitsform, nähere Umstände, Folgen. Von den Entweichungsversuchen wäre nur das zu erwähnen, was aus dem Rahmen des Gewöhnlichen heraustritt. Ich glaube, auf diese Weise würde die Statistik genauer und brauchbarer werden und zu Resultaten kommen, die theoretisches und praktisches Interesse bieten.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VII.*)

Aus der Literatur des Jahres 1907 zusammengestellt

von Professor Dr. *Ernst Schultze.*

I. Strafgesetzbuch.

§ 48.

Muß der Angestiftete mangels des subjektiven Tatbestandes freigesprochen werden, so ist der Anstifter als solcher nicht zu bestrafen; seine Verurteilung kann auch nicht auf § 59 St. G. B. gestützt werden. (Bayer. O. L. G. 18. August 1905.)

Jahrb.**) I. pag. 17.

§ 51.

Dem seine Unzurechnungsfähigkeit behauptenden Angeklagten muß nachgewiesen werden, daß dieser Strafausschließungsgrund nicht vorhanden war. § 51 fordert nicht einen Zustand, in welchem jede freie Willensbestimmung fehlt; sie verlangt nur, daß dem Täter in Beziehung auf die konkrete Handlung das Bewußtsein von ihrem Charakter im allgemeinen und von ihrer Wirkung auf das Rechtsgebiet eines andern sowie von dem Schutze dieses Rechtsguts gefehlt hat. (R. M. G. I. 30. März 1905.) Jahrb. pag. 21.

§ 51.

Die Bestimmung in § 51 St. G. B. verlangt nicht einen Zustand von Bewußtlosigkeit, der jede freie Willensbestimmung ausschlösse, sondern nur so viel, daß in Beziehung auf die konkrete Handlung das Bewußtsein von ihrem Charakter im allgemeinen und von ihrer Wirkung auf das Rechtsgut eines anderen sowie zum Schutze dieses Rechtsguts gefehlt hat. Der Ausdruck „Bewußtlosigkeit" ist nicht im gewöhnlichen Sprachgebrauch als ein Zustand von völligem Schwinden des Bewußtseins der Außenwelt und von einer Einstellung der Tätigkeit der Sinne aufzufassen, sondern als ein solcher Zustand, in dem, ungeachtet der nicht beeinträchtigten physischen Fähigkeit äußeren Handelns, das Selbstbewußtsein in der temporären Sinnesaufregung soweit untergegangen ist, daß dem Gerichte die Erkenntnis des Inhalts und Wesens vorgenommener Handlungen, sei es überhaupt, sei es in einer bestimmten Richtung, mangelt. (R. G. 21. Juni 1907.) D. R.*) pag. 995. Entsch. Nr. 2459.

§ 56.

Wenn auch Handlungen, die der Täter vor vollendetem 18. Lebensjahre ohne die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht vorgenommen hatte, mit später begangenen Handlungen zu einer fortgesetzten Handlung zusammengefaßt werden, so kann das nicht die Folge haben, daß die nach Vollendung des 18. Lebensjahres liegenden Handlungen, für die der Strafausschließungsgrund des § 56 St. G. B. nicht zutrifft, straflos bleiben. (R. G. III. 18. Febr. 1907.) D. R. pag. 391. Entsch. Nr. 828.

§ 163.

Ein pflichtwidriges Verhalten eines Zeugen kann darin erblickt werden, daß er seine Aussage bestimmt erstattet hat, obwohl bei Aufwendung der von ihm zu erfordernden Sorgfalt die Erwägung des ihm bekannten Umstandes, daß er zu der kritischen

*) Vergleiche diese Wochenschrift:
Jahrgang IV 1902/03, Nr. 1—2.
„ V 1903/04, Nr. 1—4.
„ VI 1904/05, Nr. 1—6.
„ VII 1905/06, Nr. 1—8.
„ VIII 1906/07, Nr. 1—7.
„ IX 1907/08, Nr. 1—4, 6—9, 10—

**) Jahrbuch des Strafrechts und Strafprozesses, I. 1907. Hannover. Helwig.

*) „Das Recht". 1907.

Zeit angetrunken war und sich in einem Zustande der Erregung befand, ihn zur Erkenntnis der Unsicherheit seiner Erinnerung und davon, daß er danach zur Abgabe einer derartigen bestimmten Aussage außerstande war, hätte führen müssen. (R. G. IV. 12. Februar 1907.)

D. R. pag. 322. Entsch. Nr. 678.

§ 175.

Der Versuch des Angeklagten, sein entblößtes Glied in den Körper eines Andern einzuführen, kann als eine vollendete beischlafsähnliche Handlung angesehen werden. Daß sein Vorsatz darauf gerichtet war, die Handlung in einer vollständigeren Weise vorzunehmen, als es ihm gelungen ist, nimmt den zur Ausführung gelangten Handlungen nicht die Beischlafähnlichkeit. (R. G. II. 29. Oktober 1907.)

D. R. pag. 1478. Entsch. Nr. 3731.

§ 176. 3.

Die vollendete Unzuchtshandlung ist, wenn sie als solche nicht bestraft werden kann, weil der Angeklagte nur irrig annahm, das Mädchen sei unter 14 Jahren alt, während sie in Wirklichkeit dieses Alter bereits überschritten hatte, als Versuch zu bestrafen. (R. G. I. 6. Dezember 1906.)

J. W.*) pag. 401.

§ 300.

Für die Entscheidung der Frage, ob der Arzt Privatgeheimnisse offenbart hat, auf welche sich seine Schweigepflicht bezieht, kommt es darauf an, ob die von ihm bekundete Tatsache bereits authentisch in die Öffentlichkeit gedrungen war oder nicht. War sie es, so ist die Anwendbarkeit des § 300 St. G. B. nicht gegeben, wenn der Arzt einer Person, die noch nicht Kenntnis davon hat, diese Kenntnis gibt. Die Verbreitung einer vorher vom Arzt selbst einer dritten Person gemachten, also authentischen Mitteilung durch diese Person kann, selbst wenn sie auf einen kleinen Kreis beschränkt bleibt, bewirken, daß von einem Geheimnis nicht mehr die Rede ist. (R. G. II. 16. Mai 1905.) Jahrb. pag. 183.

§ 300.

Die ärztliche Schweigepflicht des § 300 St. G. B. ist nicht eine absolute. Das Gesetz behält vielmehr, indem es eine unbefugte Offenbarung von Privatgeheimnissen erfordert, das Bestehen einer Befugnis zur Offenbarung ausdrücklich vor, ohne die Befugnis nach irgendeiner Richtung hin einzuschränken. In Ausübung einer solchen Befugnis kann ein Arzt handeln, der Patienten, denen die Gefahr einer Ansteckung durch Personen droht, mit denen sie in nähere Berührung kommen, vor dieser Gefahr unter Verletzung der ihm jenen Personen gegenüber obliegenden Schweigepflicht warnt. Ein Irrtum über die Befugnis zum Bruche seiner Schweigepflicht ist zugunsten des Arztes nach § 59 Abs. 1 St. G. B. zu berücksichtigen und begründet für den Fall, daß der Bruch der Schweigepflicht objektiv unbefugt war, Straffreiheit. (R. G. II. 16. Mai 1905.)

Jahrb. pag. 183.

*) Juristische Wochenschrift 1907.

II. Militärstrafgesetzbuch.

§ 49.

Selbstverschuldete Trunkenheit schließt nur die Annahme eines minder schweren Falles oder mildernde Umstände aus, ist aber im übrigen in bezug auf ihre sonstigen Wirkungen hinsichtlich der Schuldfrage und Strafzumessung als Strafminderungsgrund zu berücksichtigen. (R. M. G. III. 2. Mai 1905.)

Jahrb. pag. 220.

III. Strafprozessordnung.

§ 79.

Der als Voreid geleistete Zeugeneid deckt das Sachverständigengutachten.

Es ist kein Revisionsgrund, wenn der Sachverständige erst nach Erstattung des Gutachtens beeidigt wird. (R. G. IV. 13. August 1906.)

Jahrb. pag. 251.

§ 79.

Die Angabe der Quellen, aus denen ein Sachverständiger die Grundlage für sein Gutachten gewonnen hat, z. B. daß er den Angeklagten untersucht habe und ob und inwieweit er dies mit Rücksicht auf andere Umstände nicht für notwendig gehalten habe, insbesondere weil er ihn von früher her kenne, fällt unter den Sachverständigeneid. (R. G. V. 9. Juli 1907.)

D. R. pag. 1276. Entsch. Nr. 3231.

§ 79. 2.

In Preußen darf das Gericht sich mit der Berufung auf einen im allgemeinen geleisteten Sachverständigeneid in Gemäßheit des § 79 Abs. 2 St. P. O. nur begnügen, wenn der Sachverständige für den Bezirk des vernehmenden Gerichts allgemein beeidigt worden ist. (Verf. des J.-M. vom 5. Februar 1900.) Dies gilt auch für die vor dem 1. April 1900 erfolgten allgemeinen Beeidigungen. Falls der Sachverständige in seiner Stellung als Gerichtsarzt den

Diensteid geleistet hat, so reicht die Berufung auf ihn aus. (R. G. V. 1. Februar 1907.)
D. R. pag. 264. Entsch. Nr. 551.

§ 81.

Beschwerde gegen eine nach § 81 St. P. O. ergangene Entscheidung des erkennenden Gerichts ist, da sie, wenn sie auch eine Beschränkung der persönlichen Freiheit des Beschwerdeführers enthält, doch einer Verhaftung nicht gleich steht, unzulässig. (O. L. G. Dresden. 6. April 1905.)
Jahrb. pag. 252.

§ 222.

Die Bestimmung des § 222 St. P. O. muß sinngemäß auch auf einen Zeugen Anwendung finden, welcher zwar erschienen, infolge hochgradiger Erschütterung des Nervensystems aber nicht vernehmungsfähig und deshalb dem nicht erschienenen Zeugen gleichzustellen ist. (R. G. Fer.-S. 28. Juli 1906.)
Jahrb. pag. 263.

§ 225.

Darin, daß nach Zurückziehung der Geschworenen in das Beratungszimmer im Einverständnisse mit den Parteien der Beschluß des Gerichts gefaßt wird, die Sachverständigen zu entlassen, ist eine Gesetzesverletzung nicht zu finden. Dies ist nicht eine Maßregel, die einen wesentlichen Bestand der Hauptverhandlung bildet. (R. G. IV. 17. November 1905.)
Jahrb. pag. 263.

§ 243.

Die St. P. O. enthält keine Vorschriften über Versuche, die Fähigkeit von Zeugen zu Sinneswahrnehmungen zu erforschen. Solche Versuche sind zulässig. Aber ob sie auf gestellten Antrag vorzunehmen sind, hängt lediglich von dem Ermessen des erkennenden Gerichts ab. Die Frage, ob spätere mögliche Fehler in der Auffassung, Unterscheidung und Zusammenfassung den Wert des abgelegten Zeugnisses zu ändern vermögen, steht mit der Beurteilung des Zeugnisses in so engem Zusammenhange, daß sie sachgemäß nur von dem zur Entscheidung der Tatfrage berufenen Richter gelöst werden kann. Wie der Angeklagte kein Recht darauf hat, daß ein mit der Prüfung der geistigen Fähigkeiten einer Person beauftragter Sachverständiger gerade die vom Angeklagten gewollten Arten der Untersuchung anwendet, so hat er kein Recht darauf, daß das Gericht bei seiner eigenen Prüfung diejenigen Prüfungsmittel anwendet, welche er benutzt haben will. (R. G. 26. Februar 1907.)
J. W. pag. 559.

§ 244.

Wenn ein als Sachverständiger und Zeuge Geladener und Beeidigter nur als Sachverständiger vernommen wird, so liegt eine Verletzung des § 244 St. P. O. nicht vor. Dieser Bestimmung ist dadurch Genüge getan, daß er überhaupt zum Zwecke der Beweisaufnahme in der Hauptverhandlung vernommen worden ist. (R. G. II. 15. Oktober 1907.)
D. R. pag. 1339. Entsch. Nr. 3424.

§ 347.

Gegen die nach der Eröffnung des Hauptverfahrens auf Grund des § 81 St. P. O. getroffene Anordnung, daß der Angeklagte zur Vorbereitung eines Gutachtens über seinen Geisteszustand in einer öffentlichen Irrenanstalt beobachtet werde, ist Beschwerde unzulässig, da die Unterbringung in einer Irrenanstalt, die gegen Verhaftete wie Nichtverhaftete zulässig ist, nicht einer Verhaftung gleichgestellt werden darf. (O. L. G. Jena. 8. Februar 1906.) Jahrb. pag. 299.

§ 377. Z. 8.

Wenn zu der Frage, ob der Angeklagte bei Begehung der Tat die zur Erkenntnis der Strafbarkeit erforderliche Einsicht besessen habe, nach der Beweisaufnahme durch Vernehmung eines Sachverständigen noch weitere Zeugen benannt worden sind, so darf dieser Beweisantrag mit der Begründung, daß die von den Zeugen zu bekundenden Tatsachen als wahr angenommen werden sollen, nur dann abgelehnt werden, wenn entweder der Sachverständige darüber befragt wird, ob er bei Berücksichtigung der als wahr unterstellten Beweistatsachen bei seiner Auffassung verbleibe, oder wenn das Gericht dem Gutachten des Sachverständigen keinen, auch keinen mitbestimmenden Einfluß einräumt und in den Urteilsgründen kundgibt, daß es sich für genügend befähigt gehalten habe, die Frage selbständig zu entscheiden. (R. G. III. 28. Oktober 1907.) D. R. pag. 1480. Entsch. Nr. 3747.

§ 377. Nr. 8.

Die Ablehnung eines für die Verteidigung erheblichen Beweisantrages auf Vernehmung eines Sachverständigen mit der Begründung, eine solche sei „nicht notwendig“, ist zwar dann nicht zu beanstanden, wenn damit hat zum Ausdruck gebracht werden sollen, das Gericht halte sich auch ohne Anhörung eines Sachverständigen für befähigt, die zu beweisende Tatsache zu beurteilen. Ist dies aber nicht der Fall, so läßt die gedachte Begründung es für den Angeklagten völlig unklar, ob das Gericht den Beweisantrag aus tatsächlichen oder aus rechtlichen Gründen für unerheblich erachtete, so daß ihm die Möglichkeit seiner

eventuellen Ergänzung oder Berichtigung entzogen wird. (R. G. III. 21. Februar 1907.)

D. R. pag. 392. Entsch. Nr. 843.

§ 399. Nr. 5.

Das Vorbringen der nach einem vorgelegten Gutachten sehr wahrscheinlichen Tatsache, daß der nach der Verurteilung wegen Geisteskrankheit entmündigte Angeklagte schon zur Zeit der Begehung der Tat geistesgestört gewesen sei, ist eine neue Tatsache, die geeignet ist, die Freisprechung des Verurteilten zu begründen. Der Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens darf nicht als unzulässig verworfen werden, weil die nach § 411 Abs. 2 St. P. O. zur Freisprechung des Verurteilten erforderliche Zustimmung der Staatsanwaltschaft nicht erteilt werden wird und weil die angebotenen, noch zu erhebenden Beweise zur Freisprechung im Beschlußverfahren nicht genügen werden. Es steht aber der Umstand, daß eine Freisprechung nach § 411 St. P. O. nicht statthaft ist, der Eröffnung des Wiederaufnahmeverfahrens nicht entgegen. (O. L. G. Kassel. 19. Februar 1906.)

Jahrb. pag. 310.

(Fortsetzung folgt.)

Ein Vorschlag zur Verminderung des amtlichen Schriftverkehrs in den öffentlichen Irrenanstalten.

§ 646 u. ff. der Zivilprozeßordnung (nicht Beaufsichtigung der Irrenanstalten wegen etwaiger Zurückhaltung Gesunder oder Solcher, auf die nicht § 6 des Bürgerlichen Gesetzbuchs zutrifft, cf. E. Schultze, diese Zeitschrift, Bd. III, S. 219) ist bekanntlich der Anlaß, daß der Staatsanwaltschaft Aufnahme, Beurlaubung, Rückkehr vom Urlaub, Entlassung, Ableben der Pfleglinge mitgeteilt werden und daß die Staatsanwaltschaft in regelmäßigen, manchmal sehr kurzen Zeitabständen Erkundigungen über den Verlauf der Krankheit einzieht. Seit Inkrafttreten des Bürgerlichen Gesetzbuchs sind nun Entmündigungen in Anstalten immer seltener geworden, in manchen Anstalten mit ausschließlich unbemittelten Pfleglingen kommen sie nur noch ganz verschwindend selten vor. Was früher bei armenrechtlich hilfsbedürftigen Pfleglingen durch Entmündigung bezweckt wurde, wird jetzt einfacher und besser durch Pflegschaft erreicht. Die Korrespondenz mit der Staatsanwaltschaft wird aber noch so gehandhabt, als wenn jeder Pflegling oder mindestens ein Bruchteil der Pfleglingszahl einmal zur Entmündigung käme. Tatsächlich erübrigt sich diese Korrespondenz gänzlich; sie raubt den Ärzten und Sekretären der Anstalt und gewiß auch den Staatsanwaltschaften zwecklos recht viel Zeit und Mühe. Es würde durchaus genügen, wenn die oben bezeichneten Anzeigen und Nachfragen nur bei bemittelten, d. h. nicht (armenrechtlich) hilfsbedürftigen Pfleglingen stattfänden. Eine Neuordnung dieser Angelegenheit sei hiermit den zuständigen Stellen wärmstens empfohlen. Dr. Bresler

Mitteilungen.

— **Beschluss des 35. pommerschen Provinziallandtages.** Stettin, 12. März 1908. Die Beschlüsse vom 17. März 1904 D. Nr. 3 und vom 15. März 1907 D. Nr. 3 werden aufgehoben und durch folgende Bestimmungen ersetzt:

I. Das ärztliche Personal an den Provinzialheilanstalten hat für die Folge zu bestehen aus:

1. dem Direktor und leitenden Arzt,
2. der erforderlichen Anzahl von Oberärzten,
3. der erforderlichen Anzahl von Assistenz- und Volontärärzten.

An Stelle der Assistenzärzte und Volontärärzte können auch Ärztinnen angestellt werden.

II. Den Direktoren und Ärzten bei den Provinzialheilanstalten wird die als Arzt bei Irrenanstalten, Hebammenlehranstalten, Königl. Kliniken, Krankenhäusern u. dergl. zurückgelegte Dienstzeit als pensionsfähige Dienstzeit angerechnet.

Der Provinzialausschuß wird ermächtigt, den Direktoren und Ärzten bei den Provinzialheilanstalten auch die Zeit der Beschäftigung als praktischer Arzt als pensionsfähige Dienstzeit anzurechnen.

III. Die Direktoren der Provinzialheilanstalten werden mit Pensionsberechtigung auf Lebenszeit angestellt.

IV. Die Zahl der Oberärzte, Assistenzärzte und Volontärärzte wird durch die Spezialetats festgesetzt.

V. Die Anstellung als Oberarzt erfolgt in der Regel nach dreijähriger Beschäftigung im Provinzialdienst (Wartezeit). Geschieht die Anstellung als Oberarzt später als drei Jahre nach dem Eintritt in den Provinzialdienst und zwar aus Gründen, die nicht in der Person oder den Leistungen des Arztes liegen, so wird die über drei Jahre hinausreichende Zeit auf das Besoldungsdienstalter angerechnet. Der Provinzialausschuß wird ermächtigt, auf die dreijährige

Wartezeit die Dienstzeit in fremden Irrenanstalten, Hebammenlehranstalten, Königl. Kliniken, Krankenhäusern u. dergl., sowie auch die Zeit der Beschäftigung als praktischer Arzt in Anrechnung zu bringen.

Den zur Zeit bereits fest angestellten Oberärzten wird ihr bisheriges Besoldungsdienstalter als Oberarzt belassen, soweit es für sie günstiger ist, als wenn es nach vorstehenden Grundsätzen berechnet würde. Die Oberärzte werden mit Pensionsberechtigung angestellt und zwar auf Lebenszeit, wenn sie sich mindestens seit einem Jahre im Dienste des Provinzialverbandes von Pommern befinden, andernfalls auf dreimonatige Kündigung. Den hiernach auf Kündigung angestellten Oberärzten kann, wenn sie ein Jahr lang im Dienste des Provinzialverbandes von Pommern gestanden haben, die lebenslängliche Anstellung verliehen werden.

VI. Die Anstellung der Assistenzärzte erfolgt mit Pensionsberechtigung auf dreimonatige Kündigung.

Den Assistenzärzten wird die als Volontär- oder Assistenzarzt bei Irrenanstalten, Hebammenlehranstalten, Königl. Kliniken, Krankenhäusern u. dergl. zurückgelegte Dienstzeit auf das Besoldungsdienstalter angerechnet. Der Provinzialausschuß wird ermächtigt, den Assistenzärzten auch die Zeit der Beschäftigung als praktischer Arzt auf das Besoldungsdienstalter anzurechnen.

VII. Das Diensteinkommen besteht aus:

1. für die Direktoren:

Gehalt (sechsmal nach je drei Jahren um 500 M. steigend)	6000—9000	M.
Dienstwohnung, wert	480	"
freies Feuerungsmaterial, wert . . .	300	"
freies Erleuchtungsmaterial, wert . .	100	"
freie Arznei für sich und die Familie, wert	20	"
freie Benutzung eines Stückes Gartenland, wert	20	"
zusammen	6920—9920	M.

2. für die Oberärzte:

Gehalt (einmal nach drei Jahren um 600 M. und sechsmal nach je drei Jahren um 500 M. steigend) . .	3600—7200	M.
Dienstwohnung, wert	480	"
freies Feuerungsmaterial, wert . . .	200	"
freies Erleuchtungsmaterial, wert . .	60	"
freie Arznei für sich und die Familie, wert	20	"
freie Benutzung eines Stückes Gartenland, wert	20	"
zusammen	4380—7980	M.

3. für die Assistenzärzte:

Gehalt (jährlich um 200 M. steigend)	1800—3000	M.
freie Station I. Klasse, bestehend in:		
möblierter Wohnung, wert	160	"
Heizung, wert	45	"
Erleuchtung, wert	20	"
Beköstigung, wert	450	"
Arznei, wert	5	"
Wäsche, wert	20	"
zusammen	2500—3700	M.

An Stelle der Naturalien können die dafür ausgeworfenen Barentschädigungen gewährt werden.

— **Aus dem 48. Rheinischen Provinziallandtage vom 13. März 1908.** Mit der Lage des Pflegepersonals an den Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten hat der Landtag sich schon seit Jahren beschäftigt. Vor drei Jahren wurden die Löhne erhöht, um bessere Elemente heranzuziehen und dem starken Wechsel des Personals vorzubeugen. Im Wechsel war aber kein erfreuliches Ergebnis zu erzielen. Heute genehmigte der Landtag wieder eine Vorlage, die nach verschiedenen Richtungen eine Verbesserung der Lage des Pflegepersonals bringt und eine Mehrausgabe von 53 000 M. erfordert. Der Landtag genehmigte ferner den Neubau der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bedburg bei Kleve und die Vergrößerung der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Johannistal bei Suchteln, ersuchte aber zugleich die Verwaltung, angesichts des hohen Einheitssatzes von 5552 M. für das Bett durch weitestgehende Sparsamkeit bei Aufstellung der endgültigen Projekte eine Herabsetzung der Baukosten zu erstreben. Die Kosten für die neue Anstalt Bedburg sind auf **11 215 000 M.**, die der Vergrößerung der Anstalt Johannistal auf 750 000 M. geschätzt. (Kölnische Zeitung.)

— **Münster i. W.**, 16. März 1908. Der Westfälische Provinziallandtag bewilligte in seiner heutigen Vollsitzung, die abends stattfand, debattenlos die Summe von 1 740 000 M. für die Erweiterung der Pflegeanstalt Eickelborn. Der Bau soll 1910 vollendet sein. Man beschloß, die Mittel auf dem Anleihewege aufzubringen mit der Maßgabe, daß an Bauraten die Summe von 583 000 M. für 1908 und von 822 000 M. für 1909 eingestellt werden. Die Pflegeanstalt werde bis zur Belegung von etwa 790 Kranken erweitert werden. Hinsichtlich der Zentralgebäude soll auf einen späteren weiteren Ausbau bis zu einer Belegung von etwa 1400 Kranken Rücksicht genommen werden. (Kölnische Volkszeitung.)

— **Die Assistenzärzte an den Berliner städtischen Irrenanstalten.** Man schreibt dem Berliner Tageblatt vom 12. März 1908: Die Gehaltsverhältnisse der Assistenzärzte an den Krankenhäusern sind vor einem halben Jahre neu geordnet worden. Die Herren an den Irrenanstalten sollen nun in dem neuen Etat ebenfalls bedacht werden.

Schon seit Jahren machte sich an unseren Irrenanstalten ein Mangel an Assistenzärzten bemerkbar, so daß die Stellen nur selten voll besetzt waren. Am schlimmsten stand es in dieser Hinsicht an der Anstalt Wuhlgarten. Dort sind schon seit vier Jahren durchschnittlich drei Stellen unbesetzt. Alles Annoncieren half nichts; es meldete sich niemand. Und wenn einmal ein neuer Herr eintrat, verließ er die Anstalt bald wieder.

Wie weit dabei persönliche Verhältnisse und Gründe mitsprechen, wollen wir hier nicht untersuchen. Jedenfalls waren die Anstellungs- und Besoldungsverhältnisse in Berlin derart, daß sie keine Anziehungskraft mehr ausübten. Die Provinzialanstalten waren in diesem Falle schon längst mit gutem

Beispiel vorangegangen. Man hatte dort nicht nur die Gehälter erhöht, eine Skala eingeführt, sondern die Assistenzärzte hatten auch die Aussicht, nach drei bis vier Jahren fest angestellte Anstaltsärzte mit Pensionsberechtigung und höherem Gehalt zu werden, so daß sie wenigstens imstande waren, einen eigenen Hausstand zu gründen.

In Berlin gab es von alledem nichts. Man glaubte allgemein, ein Assistenzarzt wäre wie früher ein junger Mann im Alter von 25 bis 27 Jahren. Das war aber im Laufe der Zeit anders geworden. Unter den Assistenzärzten an den Berliner Irrenanstalten gibt es Herren, die das vierte Jahrzehnt bereits überschritten haben; die Mehrzahl steht in der Mitte und am Ende der dreißiger Lebensjahre. Allerdings winkte ihnen die Aussicht auf eine gut dotierte Oberarztstelle. Aber erstens sind dieser Stellen nur sehr wenige und zweitens vergehen 12 bis 15 Jahre, ehe man sich eine solche Stelle „ersessen“ hat. Vor vier Jahren wurde nun für die Assistenzärzte in Berlin eine Skala eingeführt, weiter aber auch nichts. Die angenommene Gehaltsskala sah folgendermaßen aus: Anfangsgehalt (außer freier Kost, Wohnung usw.) 1500 M., nach zwei Jahren 1800 M., nach fünf Jahren 2100 M., nach acht Jahren 2400 M., nach zehn Jahren 2700 M. Von einer festen Anstellung war keine Rede. Jetzt hat sich der Magistrat entschlossen, eine Vorlage einzubringen, welche die Assistenzärzte wenigstens einigermaßen mit den Kollegen an den Provinzialheilanstalten gleichstellt. Für die Anstalten Herzberge, Buch und Wuhlgarten sollen je drei und für Dalldorf zwei Stellen für Anstaltsärzte geschaffen werden unter Fortfall von ebensoviel Assistenzarztstellen. Zur Erlangung einer Anstaltsarztstelle ist eine sechsjährige Dienstzeit bei der Stadt Berlin erforderlich; doch können auch Ärzte von außerhalb gewählt werden. Die Gehaltsordnung der Assistenzärzte wird so umgestaltet, daß das Endgehalt von 2700 M. (außer Emolumenten) in regelmäßigen zweijährigen Erhöhungen von 300 M. nach acht Dienstjahren erreicht wird. Die Anstaltsärzte erhalten 3300 M. bar und Emolumente wie die Assistenzärzte im Werte von 1500 M. Denjenigen Anstaltsärzten, den eine Familienwohnung gewährt wird, ist diese mit 800 M. anzurechnen. Die Assistenzärzte (aber nur diese) an der Anstalt Wuhlgarten erhalten eine Funktionszulage von jährlich 300 M.

Das ist wenigstens ein Fortschritt gegenüber den bisherigen Verhältnissen. Trotzdem müssen wir hier noch einige Forderungen aufstellen, deren Erfüllung dringend notwendig ist, damit die vollständige Gleichstellung mit den Ärzten an den Provinzialanstalten erfolgt: 1. Die Anstaltsärzte müssen als Beamte fest angestellt werden mit Pensionsberechtigung, und nicht, wie es in der Vorlage des Magistrats heißt, durch Privatdienstvertrag auf zwei Jahre. 2. Für die Anstaltsärzte muß auch eine Gehaltsskala eingeführt werden; denn sie können doch nicht immer auf 3300 M. Bargehalt stehen bleiben. 3. Jeder Anstalts- und Assistenzarzt muß das Recht haben, die Auszahlung des Wertes der Emolumente in bar zu verlangen, damit er einmal nicht von der sogenannten Kostverordnung abhängig ist — die übrigens an den Irrenanstalten schlechter ist als an den Krankenhäusern und jetzt sogar noch wesentlich beschnitten werden soll —, und damit er sich einen eigenen Hausstand gründen kann. 4. In die Stellen der Anstaltsärzte werden nur Assistenzärzte der Berliner Anstalten gewählt, nicht auch Herren von außerhalb. Es gibt in Berlin außer den Herren, die jetzt schon die nötige Anzahl von Dienstjahren zur Erlangung einer Anstaltsarztstelle haben, noch viele, die zwischen 3 und 5¾ Jahren im Dienste der Stadt Berlin tätig sind. 5. Der Unterricht des Pflegepersonals und die Familienpflege lag bisher an der Anstalt Wuhlgarten in den Händen von zwei Oberärzten, wofür diese eine entsprechende Entschädigung erhielten. An den anderen Anstalten ließ man dieses Geld billigerweise den Assistenzärzten zukommen. Sobald die Anstaltsärzte da sind, müssen auch an der Anstalt Wuhlgarten die obigen Funktionen der Gleichmäßigkeit halber diesen gegen die bisher gezahlte Entschädigung übertragen werden.

Wenn diese Vorschläge durchgeführt sind, werden die Berliner Anstalten mit denen in der Provinz gleichen Schritt halten. Dann wird auch bei uns die im Interesse der Kranken notwendige Stetigkeit im Bestand der Ärzte eintreten. Wir hoffen, daß man in Berlin baldigst auf unsere Vorschläge eingehen wird. Dr. S.

— Die diesjährige **Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte** wird am 30. und 31. Mai in Baden-Baden stattfinden. Als Geschäftsführer der Versammlung beehren wir uns hiermit, zur Teilnahme freundlichst einzuladen. Wir bitten diejenigen Herren, die Vorträge halten wollen, sie recht bald — spätestens bis zum 4. Mai — bei einem von uns anzumelden.

gez. Hoche. Laquer.

Personalnachrichten.

— **Stettin.** Am 1. April d. J. werden:

1. der Assistenzarzt Bauer bei der Provinzialheilanstalt bei Ückermünde zum Oberarzt befördert,

2. der Assistenzarzt Dr. Lauschner von der Provinzialanstalt zu Lauenburg i. P. unter Beförderung zum Oberarzte an die Provinzialheilanstalt zu Treptow a. R.,

3. der Assistenzarzt Dr. Halbey von der Provinzialheilanstalt zu Lauenburg i. P. unter Beförderung zum Oberarzte an die Provinzialheilanstalt bei Ückermünde,

4. der Assistenzarzt Taubert bei der Provinzialheilanstalt bei Ückermünde in gleicher Eigenschaft zur Provinzialheilanstalt zu Lauenburg i. P. versetzt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 2. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien). Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Wien. Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 2. 4. April **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zur Frage der Selbständigkeit der Irrenärzte.

Von Professor Dr. med. et. phil. *W. Weygandt*, Würzburg.

Die ganze Debatte über die Stellung der Irrenärzte durchzieht der lebhafte Wunsch nach größerer Selbständigkeit. Mannigfache Vorschläge sind laut geworden: die Sonderstellung des Oberarztes, eine Zwischenstufe zwischen Direktor und Oberarzt nach Analogie des Konrektors an den Gymnasien, die Organisation der Anstaltsärzte als Kollegium nach Analogie eines Lehrerkollegiums mit einem Direktor als primus inter pares an der Spitze; die Koordination mehrerer Chefärzte nach dem Muster der französischen Services an einer Anstalt usw.

Es kommt indes nicht allein auf Titel und Rang an, sondern vielmehr würde zur inneren Befriedigung und Hebung der Arbeitsfreude eine größere Selbständigkeit in der Betätigung selbst beitragen. In dieser Hinsicht fehlt es noch vielfach.

Für Männer von 35 bis 45 Jahren übt andauernde Bevormundung einen deprimierenden Druck aus, der der Hebung des gesamten Standesniveaus wie auch unserer Wissenschaft durchaus entgegenarbeitet. Übrigens nicht nur an den Anstalten, sondern auch an manchen Kliniken ist der Wunsch nach etwas größerer Selbständigkeit berechtigt, um so mehr als hier die ökonomische Lage noch weit ungünstiger ist als an den Anstalten, wenn auch der klinische Dienst etwas erleichtert wird durch das anregende Material, die Berührung mit der Lehrtätigkeit, die lebhaftere wissenschaftliche Betätigung und die freilich meist illusorische Hoffnung auf eine schönere Zukunft.

Noch genug Anstalten existieren, in denen jede Arzneiverordnung, jede Verbandstoffbestellung usw. durch den Direktor eigens genehmigt wird, in denen jedes Entmündigungsgutachten über einen simpeln Paralytiker vom Direktor erstattet wird, in denen jeder Brief über eine Patientenangelegenheit nur vom Direktor geöffnet werden darf. Als einmal ein Abteilungsarzt bei einer indolenten, dauernd anstaltsbedürftigen Patientin wegen hartnäckiger, allen Salben trotzender Pediculi capitis das von Dermatologen in schweren Fällen empfohlene Mittel des Abschneidens der Haare mit darauffolgender Einreibung anwandte, eine Prozedur, die in anderen Anstalten zum Zweck der Schädelmessung ohne weiteres bei vielen Dutzenden von Patienten vorgenommen wird, da fand die Kur als ein allzuselbständiger Eingriff die schärfste Verurteilung seitens der Direktion, ja einer der anderen Assistenten sprach von Körperverletzung und ein weiterer war der Ansicht, daß eine verstorbene Koryphäe der Psychiatrie jenes Vorgehen mit dem sofortigen Hinauswerfen bestraft hätte.

Selbst in einem Organismus, bei dem mehr als irgendwo anders ein präzis funktionierender Subordinationsmechanismus zu den Lebensbedingungen gehört, beim Militär, ist die tatsächliche Selbständigkeit z. B. eines Kompaniechefs, eines Rekrutenausbildungsoffiziers usw. entschieden größer als die des Abteilungsarztes; ja selbst der moderne Felddienst und Aufklärungsdienst verlangt vielfach gerade auch vom einzelnen gemeinen Mann eine möglichst individuelle Betätigung.

Die so gerne als Abwehrmittel gegen alle Ansprüche der Ärzte zitierte Verantwortung des Direktors ist bei Licht besehen keineswegs so schwerwiegend, als wie sie gewöhnlich hingestellt wird. Wenn irgendein beträchtliches Versehen seitens eines Arztes oder Pflegers vorkäme, z. B. Verbrühen eines Kranken im überheißen Badewasser, oder etwa Mißhandlung eines Kranken durch einen Pfleger, oder Impfung von Paralytikern mit Syphilisvirus seitens eines Assistenten zu wissenschaftlichen Zwecken, so kommt der Täter selbst auf die Anklagebank, die Vorgesetzten fungieren lediglich als Zeugen oder Experten. Wer einen Fall kennt, in dem der Vorgesetzte in solchen oder ähn-

lichen Fällen die gerne zitierte Verantwortung selbst übernommen hat, der trete hervor und teile ihn mit!

Wertvoller als die mannigfach vorgeschlagenen Organisationsänderungen des ärztlichen Beamtenkörpers wäre eine qualitative Differenzierung des ärztlichen Dienstes. In dieser Hinsicht lassen sich positive Vorschläge machen, die den Wunsch nach größerer Selbständigkeit befriedigen können, ohne daß die Organisation tiefgreifende Änderungen erfahren muß. Es sollten die älteren Ärzte nicht lediglich Abteilungsärzte sein, sondern ihnen neben und eventl. an Stelle ihrer Abteilung noch besondere Ressorts zugewiesen werden, in deren Bereich sie eine große Selbständigkeit haben und die auch so umgrenzt sein müssen, daß der Direktor der ganzen Anstalt von vornherein nicht in der Lage ist, jede Détailverordnung durch späteres Eingreifen zu modifizieren, was im Bereich des gleichförmigen Krankendienstes ja so leicht ist.

Ein derartiges Ressort, das vor allem in Süddeutschland noch wenig Gegenliebe findet, während es sich an manchen norddeutschen Anstalten trefflich eingebürgert hat, ist die Familienpflege. Die Verteilung der Pfleglinge auf einen großen Raum, den Bereich von mehreren Ortschaften oder kleineren Städten, setzt als ärztlichen Vertreter eine jugendliche, rüstige, bewegliche Kraft voraus, die in rascher Folge häufige Visiten bei den Pflegestätten unternehmen kann und sich auch besonders auf den Verkehr mit den Pflegerfamilien versteht. Eine detaillierte Kontrolle seitens der Direktion würde hier auf unüberwindliche Schwierigkeiten stoßen, nur in größeren Pausen kann einmal der Direktor selbst sich an den Stätten der Familienpflege umsehen, im übrigen muß er sich vertrauensvoll auf die Tüchtigkeit des ärztlichen Vertreters dieses Ressorts verlassen, der vom Abteilungsdienst z. T. befreit, täglich seine Runden macht, am besten unter Anwendung eines Rades, Fuhrwerks oder Motorfahrzeugs. Eine viel weitergehende Selbständigkeit als beim bloßen Abteilungsdienst liegt hier auf der Hand.

Ein weiteres Ressort von einer relativen Selbständigkeit ist der forensische Dienst. Wenn auch an sich die Zuteilung einer forensischen Begutachtung an den jeweiligen Abteilungsarzt des betreffenden Kranken nahe liegt, so gibt es doch vielfach kompliziert gelagerte Fälle, die ein besonders hohes Maß forensischer Erfahrung voraussetzen und auch eine intensive Vertiefung in das oft höchst umfangreiche Aktenmaterial und die klinische Eigenart des Exploranden erfordern, so daß sich neben dem üblichen Abteilungsdienst schwerlich alle forensischen Anforderungen erledigen lassen. Hier liegt es nahe, einen besonders in diesem Gebiet und seiner reichen Literatur wie auch den modernen Prüfungsmethoden eingearbeiteten, auch zum mündlichen Vortrag in foro gut qualifizierten Anstaltsarzt mit der Erledigung derartiger schwieriger Fälle wie auch mit der Beratung der Abteilungsärzte bei den ihnen zugewiesenen leichteren Fällen zu betrauen. Hoffentlich läßt sich auch hinsichtlich der an sich ja recht bescheidenen Honorierung ein Modus befolgen, etwa Repartition unter sämtlichen Ärzten, der Diskrepanzen betreffs der forensischen Fälle ausschließt.

Als ein weiteres Ressort von erheblicher Selbständigkeit wäre, auch aus zureichenden Gründen anderer Art, an jeder Anstalt ein Ambulatorium für Nerven- und Geisteskrankheiten zu wünschen, wie solche bereits an einzelnen Plätzen erfolgreich bestehen. Gewissermaßen als Gegenstück zur Familienpflege, die die Kranken aus dem Anstaltsbereich hinausführt, würde es nichtanstaltsbedürftige Kranke in die Anstalt hereinziehen. Es ist kaum nötig, über den Wert der Institution an sich ein Wort zu verlieren. Gerade auch unter ländlichen Verhältnissen ist jeder spezialärztliche Rat von besonderer Bedeutung. Das Publikum verliert auf diesem Wege seine Scheu vor der Anstalt und ihren Ärzten. Auch als Auskunftstelle in rechtlich differenten Fragen hinsichtlich Entmündigung, Vertragsanfechtung usw. auf psychiatrischer Basis kann eine solche Poliklinik segensreich wirken. Von großer Bedeutung ist auch die gelegentliche Kontrolluntersuchung entlassener, geheilter oder gebesserter Patienten durch eine derartige Sprechstunde. Auch die Auskunftserteilung an Angehörige von Anstaltsinsassen kann zum guten Teil wenigstens auf diesem Wege erfolgen. Der Dienst ist am zweckmäßigsten stets von einem oder zwei Anstaltsärzten zu versehen, die alsbald in entsprechende Fühlung mit dem ambulanten Krankenmaterial gelangen, während der Direktor selbstverständlich nur ab und zu sich um einen poliklinischen Fall bekümmern kann.

Ein anderes Feld selbständiger Betätigung würde sich bei manchen Abteilungen schaffen lassen durch Organisation einer Abteilung für Kinder; sowohl geisteskranke Kinder kommen in Betracht, wie in der Frankfurter Anstalt, als auch Fälle von angeborenem und früh erworbenem Schwachsinn, Idiotie, Imbezillität sowie Epilepsie. Unter den verschiedenen Wegen, auf denen der Psychiatrie die dem Wesen nach in ihren Bereich fallenden Idiotiefälle wirklich zugänglich gemacht werden, ist meiner Überzeugung nach der gangbarste der, daß in Zukunft bei Neugründungen einer Irrenanstalt eine besondere Abteilung für psy-

chische Abnormitäten im Kindesalter errichtet wird. Dies wird leichter durchführbar sein als die Errichtung besonderer provinzialer Idiotenanstalten, deren es ja in einigen preußischen Provinzen welche gibt, wenn auch in den letzten Jahren keinerlei Fortschritte in der Errichtung solcher öffentlichen Idiotenanstalten mehr gemacht wurden. Der Entschluß, eine Kinderabteilung bei einem Anstaltsneubau zu schaffen, würde viel leichter fallen als der, eine große Idiotenanstalt separat zu bauen. Vor allem aber wäre dadurch eine Vermannigfachung des ärztlichen Dienstes erreicht, die im Anstaltsleben eine wertvolle Anregung bieten würde. Die Eigenart des Dienstes an der Kinderabteilung bringt es mit sich, daß dadurch der betreffende Assistenzarzt eine selbständigere, innerlich gefestigtere Stellung gewinnt gegenüber dem Arzt einer Irrenabteilung.

An einer Reihe von Anstalten ist der pathologisch-anatomische Dienst ebenfalls derart organisiert, daß ein möglichst speziell vorgebildeter Assistent alle Sektionen vornimmt und auch die Verarbeitung des anatomischen Materials besorgt oder wenigstens leitet. Gerade im Anschluß daran würde sich ein Ressort der wissenschaftlichen Arbeit schaffen lassen, das sehr wohl einem der Anstaltsärzte eine gewisse Selbständigkeit bieten würde, die ihn nicht so leicht jeder Einzelkritik seitens der Direktion aussetzt. Möglicherweise freilich wird sich auch der Leiter der ganzen Anstalt dieses außerhalb des eigentlichen Krankendienstes vornehmste Einzelressort, die wissenschaftliche Betätigung, nicht entgehen lassen.

Gerade durch die Schaffung und Organisation derartiger Einzelgebiete, die neben dem Abteilungsdienst stehen, würde sich für die älteren Assistenzärzte je ein Arbeitsgebiet ergeben, auf dem sie nicht in jeder Einzelheit berechtigter oder unberechtigter Korrektur ausgesetzt sind, sondern sich einer gewissen Selbständigkeit erfreuen. Auf das anschaulichste würde sich das wiederspiegeln in Referierabenden, in denen jeder Ressortchef über die wichtigsten Vorkommnisse seines Spezialdienstes und die einschlägigen literarischen Erzeugnisse vortragen wird. Ohne daß tiefgreifende Neuordnungen der Stellen oder Aufbesserung der Gehälter nötig wäre, könnte sich auf diesem Wege eine Anregung des Anstaltsdienstes erzielen lassen, die wohl eine Hebung der Arbeitsfreudigkeit und somit auch eine Förderung der Irrenpflege und psychiatrischen Wissenschaft zur Folge haben würde.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VII.

Aus der Literatur des Jahres 1907 zusammengestellt

von *Ernst Schultze.*

(Fortsetzung.)

IV. Militärstrafgerichtsordnung.

§ 441.

Der Wiederaufnahmeantrag kann auch von einem bisher in der Sache noch nicht tätig gewesenen Verteidiger gestellt werden. Voraussetzung ist aber seine ausdrückliche Beauftragung seitens des Verurteilten. Ist die Beauftragung eines Verteidigers durch Geisteskrankheit des Angeklagten ausgeschlossen, so erübrigt nur Antragstellung durch den Gerichtsherrn. (R. M. G. III. 20. Dezember 1904.) Jahrb. pag. 349.

V. Bürgerliches Gesetzbuch.

§ 6 Nr. 1. 164 Nr. 2. 105. 1910 Abs. 3. 1920.

Nach § 6 Nr. 1 B. G. B. kann eine Entmündigung nur erfolgen, wenn der Geisteskranke oder Geistesschwache die Gesamtheit seiner Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag (vergl. die Entscheidungen des R. G. vom 29. Oktober 1900. J. W. pag. 848; 13. Febr. 1902, Bd. 50, pag. 203; 23. Jan. 1905. J. W. pag. 133, Nr. 4). Hindert das geistige Gebrechen lediglich die Besorgung einzelner Angelegenheiten oder eines bestimmten Kreises der Angelegenheiten, so darf nicht Entmündigung eintreten, sondern es kann nur eine Pflegschaft eingeleitet werden. (§ 1910 Abs. 2.) Zulässig ist die Einleitung einer Pflegschaft auch dann, wenn das geistige Gebrechen die Versorgung der Angelegenheiten in der Gesamtheit hindert, die Fürsorge aber nur für einzelne Angelegenheiten nötig wird (R. G. 52, 244). Hiernach kann es vorkommen, daß einer Person, die sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, zur Besorgung einzelner Angelegenheiten oder eines bestimmten Kreises ihrer Angelegenheiten ein Pfleger zu bestellen ist. Gemäß

§ 1910 Abs. 3 darf die Pflegschaft nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei denn, daß eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist. Die Willenserklärung einer Person, die sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, ist rechtlich unwirksam, mag die Störung der Geistestätigkeit dauernd oder vorübergehend sein (§ 105 Abs. 1 mit § 104 Nr. 2 und § 105 Abs. 2 B. G. B.). Von der Willenserklärung einer solchen Person läßt sich die Anordnung der Pflegschaft nicht abhängig machen. In einem derartigen Falle greift die Ausnahme Platz, die § 1910 Abs. 3 zuläßt. Der Einwilligung bedarf es nicht, weil eine Verständigung mit dem Gebrechlichen nicht möglich ist. In Übereinstimmung mit den Beschlüssen des K. G. vom 22. Januar 1900 (D. J. Z. pag. 142), 4. Sept. 1900 (R. J. A. 1, 133) und 21. Jan. 1901 (O. L. G. Rspr. 2, 234) sowie dem Beschlusse des Bayer. O. L. G. vom 6. Mai 1905 hat deshalb das R. G. in dem Beschlusse vom 10. Mai 1906 (J. W. pag. 376, Nr. 2) — allerdings im Gegensatz zu dem Beschlusse des K. G. vom 9. März 1905 (R. J. A. 6, 2) — ausgesprochen, daß, wenn der Gebrechliche im Sinne des § 104 Nr. 2 keinen freien Willen hat, seine Einwilligung für die Anordnung der Pflegschaft nicht erforderlich ist. Im Zusammenhange mit der Bestimmung des § 1910 Abs. 3 steht die Vorschrift des § 1920, wonach die nach § 1910 angeordnete Pflegschaft aufzuheben ist, wenn der Pflegebefohlene die Aufhebung beantragt. Daß der Aufhebungsantrag nicht zu beachten ist, wenn eine Verständigung mit dem Pflegebefohlenen nicht möglich ist, bestimmt § 1920 nicht. Einer solchen Bestimmung bedurfte es nicht; in § 1910 war die Ausnahmebestimmung erforderlich, weil eine Willenserklärung des Gebrechlichen für die Anordnung der Pflegschaft verlangt ist, in § 1920 war sie entbehrlich, weil die Pflegschaft bestehen bleibt, wenn kein wirksamer Antrag gestellt ist. Bei der Anwendung der Vorschrift des § 1920 kommt es also nicht sowohl darauf an, ob eine Verständigung mit dem Gebrechlichen möglich ist, als vielmehr darauf, ob dem von ihm erklärten Willen, es möge die Pflegschaft aufgehoben werden, rechtliche Bedeutung zukommt. Ist die Willenserklärung des Gebrechlichen nach § 105 Abs. 1 oder 2 nichtig, so kann sie keine Beachtung finden. — — Allerdings bedarf es, wenn der Pflegebefohlene die Aufhebung der Pflegschaft beantragt, keines Nachweises, daß die Sachlage sich verändert habe und der Pflegebefohlene wieder imstande sei, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen, allein die Prüfung ist erforderlich, ob die Willenserklärung des Pflegebefohlenen rechtlich wirksam ist. In dieser Hinsicht (§ 1920) kommt es nicht darauf an, ob dem Pflegebefohlenen die Äußerung eines verständlichen Verlangens möglich ist, und ob der Pflegebefohlene seinen Antrag auf Aufhebung der Pflegschaft in einer Weise zum Ausdruck bringt, die, wie es in dem Beschlusse vom 15. Febr. 1906 heißt, sein Verständnis für dessen Inhalt und seinen Willen, die Pflegschaft solle aufgehoben werden, erkennen läßt, sondern darauf, ob nach den allgemeinen Bestimmungen des B. G. B. der Willenserklärung Wirksamkeit beizumessen ist. Wie es sich mit den Bestimmungen der St. P. O. (§ 203) verhält, kann dahingestellt bleiben; daß in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten die Prozeßunfähigkeit einer Partei auch nach früherem Rechte nicht von der vorgängigen Entmündigung abhängig war, ergibt sich aus dem R. G. 16, 235; 30, 185; ferner J. W. 95, pag. 378 Nr. 1, pag. 384 Nr. 21 (vergl. die Entscheidung des R. G. vom 7. Okt. 1899, J. W. pag. 777, Nr. 24). Die Bestimmung des § 664 Z. P. O., wonach der Entmündigte zur Anfechtung des Entmündigungsbeschlusses befugt ist, ist eine Ausnahmebestimmung (vergl. Kommissionsprotokolle 6, 690). Die Vorschriften über das Entmündigungsverfahren lassen sich nicht auf die Pflegschaft übertragen. (R. G. IV. 21. Febr. 1907.)
J. W. pag. 198.

§§ 6. 1910.

Es kann vorkommen, daß einer Person, die sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, zur Besorgung einzelner Angelegenheiten oder eines bestimmten Kreises ihrer Angelegenheiten ein Pfleger zu bestellen ist. (R. G. IV. 21. Febr. 1907.)
D. R. pag. 444. Entsch. Nr. 846.

§ 6. Z. 1.

Querulanten sind nicht schlechthin als geisteskrank im Sinne der Ziff. 1 des § 6 B. G. B. anzusehen. Ob der Querulantenwahnsinn, Paranoia, einen solchen Grad erreicht hat, daß Geisteskrankheit im gesetzlichen Sinne vorliegt, ist Tatfrage. Wird der Querulant von seinen krankhaften Vorstellungen derart beherrscht, daß dadurch seine gesamten Lebensverhältnisse in Mitleidenschaft gezogen werden, so ist der Tatbestand Ziff. 1 des § 6 B. G. B. gegeben. Eine Querulantin kann wohl ihre Pflichten im Haushalt und gegen ihre Familie ordentlich erfüllen und in einzelnen Beziehungen ihrer Vermögensangelegenheiten, wie bei dem Betriebe ihres Hökerstandes und bei der Verwaltung des Hauses, nicht verkehrt handeln, gleichwohl kann sie infolge ihrer geistigen Erkrankung

nicht imstande sein, ihre Angelegenheiten im allgemeinen, namentlich außerhalb der engen Grenze des häuslichen und Familienlebens, zu besorgen. Die Entmündigung wegen Geisteskrankheit auf Grund der Ziff. 1 hat aber zur Voraussetzung, daß der zu Entmündigende infolge der Geisteskrankheit seine Angelegenheiten in ihrer Gesamtheit, nicht nur einzelne von ihnen, zu besorgen außerstande ist. Eine absolute Unfähigkeit des Geisteskranken, seine Angelegenheiten zu besorgen, ist nicht erforderlich. (R. G. IV. 18. März 1907.)

Ztsch. f. M.-B. Beilage Nr. 11, pag. 70.

§ 6.

Der Geisteszustand der Beklagten kommt nach zwei Richtungen in Betracht, nämlich für ihre Prozeßfähigkeit und für ihre Verantwortlichkeit hinsichtlich der von ihr begangenen Ehebrüche. Beide Vorderrichter haben auf Grund des von dem Medizinalrat Dr. E. erstatteten Gutachtens nicht Geisteskrankheit, sondern nur Geistesschwäche der Beklagten festgestellt. Der Sachverständige hat am Schlusse seines schriftlichen Gutachtens die Beklagte als geistesschwach im Sinne des § 6 B. G. B. bezeichnet und diese seine Ansicht näher begründet. Wenn in den vorangegangenen Sätzen des Gutachtens von einer dauernden geistigen Erkrankung der Beklagten gesprochen wird, so ist zu erwägen, daß auch Geistesschwäche eine dauernde geistige Erkrankung darstellt. Die Worte: Frau M. müsse demnach vom ärztlichen Standpunkt aus als geisteskrank erklärt werden, sind schon im Urteil des L. G., dem das O. L. G. beigetreten ist, dahin gewürdigt worden, daß darin von der Erkrankung des Geistes im allgemeinen medizinischen Sinne die Rede ist, keineswegs aber Geisteskrankheit im Sinne des § 6 Nr. 1 B. G. B. hat festgestellt werden sollen. Es ist nicht ersichtlich, daß diese dem ärztlichen Gutachten zuteil gewordene Auslegung rechtsirrig wäre. Nach § 1565 B. G. B. kann ein Ehegatte auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte sich des Ehebruchs schuldig macht. Ihm muß die durch den Ehebruch begangene Verletzung der ehelichen Treue als eine Schuld angerechnet werden können. Der Tatrichter muß daher bei der Anwendung des § 1565 auch die Frage des Verschuldens prüfen. Beide Vorderrichter haben sich dieser Prüfung unterzogen, indem sie zutreffend davon ausgegangen sind, daß auch ein geistesschwacher (und infolgedessen nur beschränkt geschäftsfähiger) Ehegatte sich des Ehebruchs schuldig machen könne, so daß dem anderen Ehegatten das Scheidungsrecht erwachse. Das L. G. hat angenommen, die Beklagte sei sich in beiden festgestellten Ehebruchsfällen ihres Fehltritts vollständig bewußt gewesen. Diese Annahme hat das L. G. näher begründet, insbesondere aus dem Verhalten der Beklagten geschlossen, die in kluger Weise ihre Zusammenkünfte mit den fremden Männern zu verheimlichen verstanden habe. Dafür aber, daß die Ehebrüche in einem Zustande krankhafter, die freie Willensbestimmung ausschließender Störung der Geistestätigkeit verübt worden seien, sei ein Anhalt nicht vorhanden. Das O. L. G. ist der gleichen Ansicht, denn der Sachverhalt habe, wie es im Berufungsurteil heißt, nur geschlechtliche Zügellosigkeit der Beklagten, nicht aber Bewußtlosigkeit oder geistige Störung im Sinne des § 51 St. G. B. ergeben. Nach der Auffassung des O. L. G. ist es sogar zweifelhaft, ob die Beklagte zur Zeit der Ehebrüche überhaupt geistesschwach gewesen sei, da ihre, allerdings später geschriebenen Briefe viel Zweckmäßigkeit, geistige Ordnung und Übersicht über die Rechtslage beweisen. Diese Ausführungen der Tatrichter lassen einen Verstoß nicht erkennen. Da die Beklagte nach ärztlichem Gutachten geistesschwach ist, so lag für den Richter besonderer Anlaß vor, zu prüfen, ob die Voraussetzungen des § 51 St. G. B., unter denen eine strafbare Handlung nicht vorhanden ist, gegeben seien. Im Bejahungsfalle läge Ehebruch im strafrechtlichen Sinne nicht vor. Daraus würde sich dann die weitere Folge ergeben, daß auch kein Scheidungsrecht wegen Ehebruchs erwachsen sei, denn der Tatbestand des Ehebruchs nach dem B. G. B. ist derselbe wie nach dem St. G. B. Begr. Bd. 4 pag. 582. Beide Vorderrichter haben nun die Voraussetzungen des § 51 St. G. B. als nicht gegeben erachtet und im übrigen die Verantwortlichkeit der Beklagten für ihre Ehebrüche aus rechtseinwandfreien Erwägungen bejaht. (R. G. 25. Mai 1907.) J. W. pag. 472.

§ 6. 11.

Voraussetzung der Entmündigung wegen Geisteskrankheit (oder Geistesschwäche) ist, daß sich die Unfähigkeit des Kranken zur Besorgung seiner Angelegenheiten auf die Gesamtheit dieser Angelegenheiten erstreckt. Diese Feststellung kann durch die Erwägung allein, daß nach dem Standpunkt der Wissenschaft die nur auf einem beschränkten Gebiete der Geistestätigkeit sich äußernde Erkrankung immer das Zeichen einer allgemeinen Geisteserkrankung sei, nicht gestützt werden. Ausschlaggebend kann sein, daß der Kranke in Verfolgung seiner Wahnideen bereits mit der staatlichen Rechtsordnung und ihren Organen in Konflikt gekommen und zu ferneren ihn notwendig schwer schädigenden Konflikten geneigt ist. Bei solcher

Sachlage steht der Entmündigung nicht entgegen, daß der Kranke auf einzelnen Lebensgebieten, insbesondere in seinen Berufs- und Familienangelegenheiten, ein vernünftiges Verhalten betätigt. (R. G. IV. 28. Okt. 1907.) D. R. pag. 1526. Entsch. Nr. 3752.

§ 104. 2. B. G. B. § 59. F. G. G.

Eine wegen Geistesschwäche unter vorläufige Vormundschaft gestellte volljährige Person kann, wenn nicht feststeht, daß sie als geschäftsunfähig im Sinne von § 104 Nr. 2 zu erachten ist, in den ihre Person betreffenden Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit ohne Mitwirkung ihres gesetzlichen Vertreters das Beschwerderecht ausüben. (Bayer. O. L. G. 7. Juni 1907.) D. R. pag. 879. Entsch. Nr. 1951.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Provinz Sachsen.** Der Landtag der Provinz Sachsen, welcher vom 15. bis 21. v. M. in Merseburg getagt hat, hat die Gehälter der Ärzte und des Pflegepersonals in folgender Weise normiert:

Die Assistenzärzte erhalten neben vollständig freier Station ein Anfangsgehalt von 1800 M. mit einjährlichen Zulagen von je 200 M. Auf Grund früherer anderweitiger Dienstzeiten kann ein höheres Anfangsgehalt gewährt werden. Nach dreijähriger Dienstzeit in der Provinz erfolgt bei Bewährung lebenslängliche Anstellung als „ordentlicher Arzt“ mit Pensionsberechtigung.

Die ordentlichen Ärzte beziehen ein Gehalt von 3600—6000 M. mit dreijährlichen Zulagen von je 400 M.; Unverheiratete erhalten außerdem Garçon-Wohnung, Verheiratete entweder Familienwohnung oder eine Wohnungsentschädigung von 800 M., Feuerung und Beleuchtung wird gewährt gegen Abzug von 200 M. bei Verheirateten, von 80 M. bei Unverheirateten. Das Aufrücken in Oberarztstellen erfolgt nur je nach dem Eintritt von Vakanzen.

Die Oberärzte beziehen ein Gehalt von 4500 bis 7000 M. mit dreijährlichen Zulagen von je 500 M.; außerdem Familienwohnung und Garten. Für Gewährung von Feuerung und Beleuchtung werden 200 M. in Abzug gebracht. Der Stellvertreter des Direktors erhält eine ruhegehaltsberechtigte Funktionszulage von 600 M.

Die Pfleger erhalten neben vollständig freier Station ein Gehalt von 530—920 M., steigend in einjährlichen Stufen von dreimal 50 M., später 30 M. Die verheirateten Pfleger erhalten außerdem eine jährliche Wohnungsbeihilfe von 150 M. Allen Pflegern wird nach 10jähriger Dienstzeit Pensionsberechtigung verliehen.

Die Pflegerinnen erhalten neben vollständig freier Station ein Gehalt von 300—600 M., in einjährlichen Stufen von sechsmal 30, dann 20 M. und gleichfalls Pensionsberechtigung nach 10jähriger Dienstzeit.

Es dürfen außerdem an den dritten Teil der jeweils vorhandenen Pfleger und Pflegerinnen Funktionszulagen für besonders schwere oder verantwortliche Dienstleistungen von monatlich 3—6 M. gewährt werden.

— **Königsberg i. Pr.** Dem Neubau der Universitäts-Irrenklinik, mit dem in nächster Zeit auf dem in Amalienau erworbenen Gelände begonnen werden soll, liegt, wie wir den Erläuterungen zum Etat entnehmen, im allgemeinen die bewährte Anordnung der Universitäts-Irrenklinik in Breslau zugrunde.

Die neue Klinik soll 80 Betten erhalten, und zwar für Kranke 1. Klasse 4 Betten, für Kranke 2. Klasse 12 Betten, für Kranke 3. Klasse 64 Betten. Außer dem Hauptgebäude sind ein Direktorwohnhaus und ein Wirtschaftsgebäude vorgesehen, das zugleich für Beamtenwohnungen sowie für die Aufbewahrung der Leichen die notwendigen Räume enthält. Die Kosten betragen für das Hauptgebäude 454 000 M., Wirtschaftsgebäude 132 000 M., Direktorwohnhaus 52 000 M., Außenanlagen 102 800 M., Kesselanlagen und die Fernleitungen 87 300 M., im ganzen 828 100 M. Dazu treten die noch zu veranschlagenden Kosten der inneren Einrichtung. Für das erste Baujahr bedarf es einer Rate von 100000 M. Außerdem sind, wie schon erwähnt, noch 450000 M. zum Terrainerwerb gefordert worden. Die Erläuterungen bemerken hierzu: Es empfiehlt sich, auch das anschließende Restgrundstück mit einer Fläche von etwa 14 225 qm von der Stadt Königsberg unter den gleichen Bedingungen wie im Vorjahre für spätere Bedürfnisse der Staatsverwaltung anzukaufen.

(Königsberg Hartungsche Zeitung.)

— **Für die westpreussischen Irrenanstalten** bestand bisher ein großer Übelstand darin, daß sich Wärter und Pfleger in diesen Anstalten ausbilden und dann in Berliner und westdeutschen Irrenanstalten zu erhöhten Einkommenssätzen anwerben ließen. Die westpreußischen Irrenanstalten waren also eine Wärter-Bildungsanstalt für andere. Diesem Zustande soll jetzt durch Aufbesserung der Einkommensverhältnisse der Wärter und Pfleger abgeholfen werden. Das Gehalt der ersten Oberpfleger betrug bisher 1200 bis 1800 M. neben Dienstwohnung, Gartennutzung, freier Heizung und Beleuchtung; sie sollen eine Amtszulage von 200 M. erhalten. Die ersten Oberpflegerinnen, die bisher 600 bis 900 M. erhielten neben freier Wohnung, Heizung, Beleuchtung und Beköstigung, sollen vom 1. April 1908 ab 600 bis 1000 M. und ebenfalls 200 M. Amtszulage erhalten. Die Plätterinnen und Köchinnen haben bisher ein

Gehalt von 300 bis 500 M. bezogen; sie erhalten fortan 350 bis 600 M. Den Maschinenmeistern wird das Endgehalt von 1600 auf 1800 M. erhöht. Die Pfleger erhielten bisher 400 bis 600 M., die Pflegerinnen 240 bis 400 M. Den Pflegern soll jetzt ein pensionsfähiges Einkommen von 450 bis 700 M. und den Pflegerinnen von 300 bis 460 M. gewährt werden, neben Dienstkleidung, Schlafstelle, freier Beköstigung und freier Wäsche. Den verheirateten Pflegern wird ein Wohnungsgeld von 120 M. und den Abteilungspflegern eine Zulage von 60 M. gewährt. Den Pförtnern, Bureaudienern, Boten und Nachtwächtern werden dieselben Bezüge wie den Abteilungspflegern gewährt, das untere Maschinenpersonal wird mit den Pflegern gleichgestellt.

— **Hamburg**. Am 1. April d. J. hat der langjährige verdienstvolle Leiter der Irrenanstalt Friedrichsberg, Herr Professor Dr. Daniel Wilhelm Reye sein ebenso segensreiches wie schweres Amt niedergelegt, um in den wohlverdienten Ruhestand zu treten. Geboren am 22. Januar 1833 in Ritzebüttel, studierte er in Göttingen und promovierte hier am 20. Juni 1855, legte am 22. April 1856 in Hamburg das Staatsexamen ab und begann am 26. Juni 1856 seine Praxis als Gehülfswundarzt Am 22. Januar 1858 ward er Assistenzarzt für die Irrenstation im Allgemeinen Krankenhause und am 18. November 1865 Ober-Irrenarzt und Direktor. Anfang der siebziger Jahre übernahm Dr. Reye die Leitung der Irrenanstalt Friedrichsberg, die er seitdem ununterbrochen zum Heile der ihm anvertrauten Kranken führte. Daneben bekleidete der Genannte eine Reihe Ehrenämter im Ärztlichen Verein und anderen Körperschaften. Am 20. Juni 1905 beging Dr. Reye die Feier seines fünfzigjährigen Doktorjubiläums, zu dem die Universität Göttingen das Doktordiplom erneuerte und überaus zahlreiche Ehrungen ihm zuteil wurden. Der Senat überreichte ihm in Anerkennung seiner hohen Verdienste vier Portugalöser, und Deputationen des Medizinalkollegiums, des Krankenhauskollegiums, der Ärztekammer und des Ärztlichen Vereins entboten ihm ihre Glückwünsche. Inzwischen wurde Dr. Reye zum Professor ernannt. Mögen dem hochgeschätzten Arzt und Anstaltsleiter, der nun, im 76. Lebensjahre stehend, seines hohen Alters wegen sich von der amtlichen Tätigkeit zurückziehen muß, noch viele Jahre eines schönen Lebensabends beschieden sein. (Hamburger Nachrichten.) Wir schließen uns diesem Wunsche von ganzem Herzen an. Red.

— Die **Heilstätte „Waldfrieden", Spezialanstalt für Alkoholkranke**, bei Fürstenwalde-Spree hat sich im Jahre 1907 einer außerordentlich günstigen Entwicklung zu erfreuen gehabt. Über die Krankenbewegung wird mitgeteilt, daß zu dem am 1. Januar vorhanden gewesenen Bestande von 154 weitere 273 Patienten aufgenommen, mithin in dem Jahre 427 Kranke verpflegt wurden. Zur Entlassung gelangten 262, so daß das Jahr mit 165 Patienten abschloß. Die Heilstätte weist zur Zeit vier Krankenbauten auf, die zum Teil offenen, zum Teil geschlossenen Charakter tragen; dementsprechend besteht das Krankenmaterial aus freiwilligen Pensionären und zwangsweise überführten Patienten. Von den ersteren waren 78 Patienten auf eigene Kosten, 82 auf Kosten von Krankenkassen, 8 durch Armenverwaltungen untergebracht, während Landesversicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften fast gar nicht vertreten waren. Dagegen hatte sich die Provinz Brandenburg hervorragend beteiligt, ihr war allein die Aufnahme von 99 Kranken zu verdanken. Es konnte eine Freistelle gewährt werden. 24 Patienten wurden zum zweiten Male, drei zum dritten Male aufgenommen. Es waren fast alle Berufsarten vertreten: Offiziere und Beamte, Ärzte und Juristen, Studenten und Lehrer, Kaufleute und Landwirte, Gastwirte und Handwerker aller Art usf. Entmündigt waren im ganzen 25 und zwar 11 wegen Geisteskrankheit und Geistesschwäche, 14 wegen Trunksucht (§ 63 B. G. B.).

Nach der Anamnese waren 120 Patienten nachweisbar erblich belastet; 73 hatten eine schwere Kopfverletzung erlitten, geschlechtskrank waren 50 (34 Gonorrhöe, 16 Syphilis), Selbstmordversuche waren vor der Aufnahme bei zwölf vorgekommen, bei 49 Patienten war bereits vordem Del. trem. ausgebrochen, außerdem hatten sich noch bei weiteren 33 deliröse Zustände zu erkennen gegeben. Zwei Morphinisten befanden sich unter den Kranken. Die Diagnose lautete in psychischer Hinsicht nach Angaben des leitenden Arztes also: 8 chron. Alkoholismus mit Delirium, Dipsomanie 10, Epilepsie und epileptoide Zustände 27, pathol. Rausch 14, akute Halluzinose 1, halluzinatorische Verrücktheit 3, chron. Halluzinose mit paranoisch. Charakter 6, Paranoia 1, Korsakoffsche Psychose 4, manisch-depressives Irresein 1, Dementia praecox 2, Psychopathie 8, Alkoholdegeneration 16, Geistesschwäche 35. — Von den Befunden in somatischer Beziehung sei folgendes erwähnt: Herzaffektionen wurden bei 123 Kranken konstatiert, Lebererkrankungen bei 62, lungenkrank waren 14, an Schlagaderverhärtung litten 45, die Zahl der Rheumatismen war endlos.

Die Erfolge bei 226 Kranken (36 von den 262 Entlassenen müssen hierbei ausgeschaltet werden, da 28 in Irrenanstalten verbracht wurden, 8 starben) können als durchaus günstig bezeichnet werden. Es wurden 79 also 35% als geheilt, 84 (37%) als gebessert entlassen. Berücksichtigt man diejenigen Kranken nicht, welche unter sechs Wochen in der Heilstätte waren, und dies ist gerechtfertigt, da sich innerhalb solch kurzer Zeit bei einem (chronischen) Alkoholisten nicht viel erreichen läßt, so wächst die Zahl der Geheilten aber auf 47¾% der selbstzahlenden Patienten. Und dies ist um so höher zu veranschlagen, als diese Kranken durchschnittlich nur 126 Tage in der Heilstätte verblieben waren. Die Durchschnittsanstaltsdauer aller Entlassenen ist mit 180 Tage angegeben. Die Leitung der Heilstätte „Waldfrieden", welche als Spezialanstalt durch ihre Ausdehnung und Einrichtungen einzig dasteht — zwei psychiatrisch vorgebildete Ärzte sind vorhanden — kann mit einer gewissen Befriedigung auf das erzielte Resultat zurückblicken; es wird zur Widerlegung der vielen, auch in ärztlichen Kreisen noch herrschenden Vorurteile hinsichtlich der Alkoholisten-Behand-

lung beitragen. Es ist aber auch zugleich von neuem der Beweis erbracht, daß die Ausbildung der Heilstätte zu einem Doppelsystem, offene und geschlossene Häuser, unter psychiatrischer Leitung das Richtige gewesen und dasjenige ist, was von solchen Spezialanstalten für Alkoholkranke, den sog. Trinkerheilanstalten, gefordert werden muß. Erst dann kann man allgemein von einer richtigen Fürsorge für diese Kranken sprechen. Wie auch nach außen die Heilstätte „Waldfrieden“ gewonnen hat, bezeugen am besten die Verpflegungstage in ihrem fortlaufenden Wachstum; die letzten fünf Jahre ergaben: im Jahre 1903 waren 11383 Verpflegungstage angegeben; 1904: 13115; 1905: 31499; 1906: 53169; 1907: 60365. — Dank der Unterstützung seitens der Provinzialverwaltung Brandenburg konnte sich die Heilstätte durch Ankauf eines angrenzenden Ackers um 300 Morgen vergrößern, so daß das gesamte Areal zu 470 Morgen angewachsen ist und eine reiche Zukunft verspricht. Dr. Waldschmidt.

Referate.

— Wandtafeln zur Alkoholfrage, herausgegeben von Max Gruber, Professor der Hygiene und Emil Kraepelin, Professor der Psychiatrie in München. Erläuterungen nebst den zehn verkleinerten Tafeln in mehrfachem Farbendruck. München. J. Fr. Lehmanns Verlag und Mäßigkeitsverlag Berlin. 1907. 35 Seiten Text und zehn Tafeln. 1,50 M. Preis der zehn Wandtafeln roh 10 M.

Graphische Tabellen mit Begleittext zur Alkoholfrage. Bearbeitet von J. Stump, Lehrer am Seminar Hofweil in Zollkofen und Robert Willenegger in Zürich unter Mitwirkung zahlreicher Fachleute. Zürich, R. Willenegger. 1907. 2°. Album mit 226 S. Text, 51 Tafeln, 40 Abbildungen hervorragender Führer der Alkoholbewegung und mit 4 Lichtdruckbildern. 300 M. Wandtafeln auf Papyrele à 6 M., alle 54 Tafeln 250 M.

Ungefähr zu gleicher Zeit sind die beiden graphischen Tabellenwerke zur Alkoholfrage erschienen, ein Zeichen, daß das Bedürfnis nach solchen Tabellen- und Tafelwerken sich jetzt allgemein geltend macht, um als anschauliches Demonstrationsmaterial für Schule und für Vorträge, aber auch zur Einwirkung auf Alkoholkranke zu dienen. Beide Werke erfüllen diese Aufgabe in hervorragender Weise. Beide benutzen nur durchaus gesicherte Ergebnisse der Wissenschaft. Hervorzuheben ist bei beiden die Deutlichkeit und Anschaulichkeit der Tafeln, die durch verschiedenen Farbendruck sofort eine Übersicht über die Resultate erlaubt.

Das erste Werk beschränkt sich auf einige Teile aus dem Gebiet der Alkoholfrage. Auf der ersten Tafel sehen wir das Verhältnis der Ausgaben für geistige Getränke im Verhältnis zu andern Ausgaben nach den Ermittelungen bei Badischen und bei Berliner Arbeitern graphisch dargestellt, auf Tafel 2 den Preis und Nährwert der wichtigsten Nahrungs- und Genußmittel, auf Tafel 3 die entartenden Einwirkungen des Alkohols auf die Nachkommenschaft, auf Tafel 4 die Einwirkung von Alkohol und Tee auf das Addieren einstelliger Zahlen, auf Tafel 5 die Wirkung täglichen Alkoholgenusses auf Rechenleistungen, auf Tafel 6 die Wirkung des mehr oder weniger regelmäßigen Alkoholgenusses von Schülern auf die Schulleistungen, Tafel 7 zeigt die Beziehungen zwischen Alkohol und Sterblichkeit, Tafel 8 das Anschwellen der Körperverletzungen an den Tagen um den Sonntag herum und ihr vorzugsweises Vorkommen im Wirtshause, Tafel 8 den Anteil der Gewohnheits- und der Gelegenheitstrinker an den verschiedenen Verbrechen, während Tafel 10 den Lebenslauf eines verkommenen Trinkers (seit 1878) und seinen Aufenthalt im Gefängnis, Haft, Zuchthaus, Arbeitshaus veranschaulicht, bis er endlich in den Hafen der Irrenanstalt einläuft. Die Erläuterungen zu den Tafeln, die auch für sich durchaus verständlich sind, sind klar und präzise und dem allgemeinen Verständnis angepaßt. Wer sich ganz schnell einen Überblick über die Hauptteile der auch für Ärzte so wichtigen Alkoholfrage verschaffen will, dem können die Erläuterungen mit den verkleinerten Tafeln auf das wärmste empfohlen werden. Will jemand aber eine gründlichere Belehrung über die Alkoholfrage durch ein Tafelwerk, so greife er nur zu dem allerdings ganz wesentlich umfangreicheren und teureren, im Format größeren Album der Schweizer Autoren. Die Erläuterungen sind wesentlich eingehender und ausführlicher und geben im ganzen einen gewissen Abriß der Alkoholfrage. Das Werk zerfällt in fünf Gruppen. Die erste Gruppe mit acht graphischen Tabellen behandelt die Beziehungen zwischen Alkohol und Verbrechen, die zweite Gruppe die Einwirkungen des Alkohols auf geistige und körperliche Leistungsfähigkeit, die dritte mit vier Tafeln die Beziehungen zwischen Alkohol und Krankheit, die vierte mit fünf Tafeln die Beziehungen zur Sterblichkeit, die fünfte mit acht Tafeln Alkohol und Degeneration, die sechste mit neun Tafeln Alkohol und Volkswirtschaft, die letzte endlich mit vier Tafeln veranschaulicht die Fortschritte des Blauen Kreuzes und des Guttemplerordens in Deutschland und in der Schweiz. Hoppe.

Personalnachrichten.

— **Westpreussen.** Am 1. April wurden: Oberarzt Dr. Braune-Schwetz a. W. als I. Oberarzt nach Conradstein versetzt, II. Oberarzt Dr. Mootz-Schwetz a. W. zum I. Oberarzt befördert, Dr. Herse, bisher I. Anstaltsarzt in Neustadt, Westpreußen, zum II. Oberarzt in Schwetz a. W. befördert. Dr. Göhlmann, bisher I. Oberarzt in Conradstein, scheidet aus dem Provinzialdienst und vertritt den beurlaubten Kreisarzt in Carthaus.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 3. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien)

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale — Fernspr Nr. 823.

Nr. 3 11. April **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Unschädlichmachung geisteskranker Verbrecher.

Von Oberarzt Dr. *Risch*, Eichberg.

Bei Erörterung der vielfach diskutierten Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit wird der Gesichtspunkt der Unschädlichmachung der geistig abnormen rechtsbrechenden Individuen meines Erachtens nicht immer in entsprechendem Grade in Betracht gezogen. Es erscheint daher von Interesse, der immer stärker werdenden Bewegung gegenüber, welche sich in psychiatrischen Kreisen für die Einführung des Begriffs der geminderten Zurechnungsfähigkeit geltend macht, diejenigen Momente hervorzuheben, welche dieser Auffassung entgegenstehen.

Zunächst mag darauf hingewiesen werden, daß der Begriff der geminderten Zurechnungsfähigkeit im Strafgesetzbuch ein veralteter ist. Die moderne Gesetzgebung würde damit einen Begriff übernehmen, der sich in den alten und vielfach reformbedürftigen Strafgesetzgebungen anderer Länder findet. Von irrenärztlicher Seite wird bekanntlich davon ausgegangen, daß der geistig abnorme Verbrecher zu Unrecht und zu hart bestraft wird, wenn der Schuldspruch des Richters die Einwirkung seiner pathologischen Charaktereigenschaften auf die freie Willensbestimmung nicht berücksichtigt. Der Richter dagegen wird meist die Ansicht vertreten, daß vom Standpunkt der Unschädlichmachung der asozialen Glieder der menschlichen Gesellschaft aus Milde nicht nur nicht am Platze, sondern direkt schädlich wäre. Meine nachstehenden Bemerkungen, die gekürzt als Leitartikel der Frankfurter Zeitung Nr. 262 zum Abdruck gelangten, dürften vielleicht geeignet erscheinen, weniger betonte Momente in dieser Streitfrage stärker hervortreten zu lassen. Es wird vielfach die Besorgnis geäußert, daß Verbrecher, die ärztlicherseits für geisteskrank erklärt worden sind, unbestraft wieder in Freiheit gesetzt und damit auf die Menschheit losgelassen werden könnten. Der bei geistig abnormen Sittlichkeitsverbrechern zutage getretene hohe Grad von Gemeingefährlichkeit hat besonders solche Beunruhigung hervorgerufen, und es ist daher vielfach die Frage diskutiert worden, in welcher Weise derartige hochgradig asozial sich betätigende Individuen dauernd unschädlich gemacht werden können. Es wird häufiger die Auffassung vertreten, daß die irrenärztlichen Sachverständigen eine gewisse Schuld an der Freilassung derartiger Schädlinge der menschlichen Gesellschaft tragen. Der Staatsschutz verlange, daß der Irrenarzt die Grenze der Unzurechnungsfähigkeit zur Zeit der Straftat nicht zu weit stecke und nicht zu weit gehe mit der Annahme der Unzurechnungsfähigkeit. Es läßt sich aber leicht beweisen, daß die Besorgnis der Freilassung gemeingefährlicher geistig nicht gesunder Individuen völlig unbegründet ist, und andererseits, daß die Vorschläge, die in letzter Zeit, auch von juristischer Seite, in dieser Hinsicht gemacht wurden, durchaus geeignet sind, eine Wahrung des Staatsschutzes zu verhindern.

Die erste Bedingung dafür, einen geisteskranken Verbrecher unschädlich zu machen, ist, daß er als geisteskrank erkannt wird. Die Verkennung oder zu späte Erkennung des geistigen Defektes bei einem Verbrecher ist von größter Tragweite für das Gemeinwohl, sie macht es unmöglich, die Allgemeinheit vor ihm zu schützen. Solange er nämlich als geistesgesund gilt, wird er zu kürzerer oder längerer Freiheitsstrafe verurteilt und dann wiederum auf die Menschheit losgelassen. Die Behörde besitzt kein Mittel, einen derartigen Defektmenschen (z. B. Sittlichkeitsverbrecher, der an Kindern schwere Gewalttätigkeiten verübt, sie dabei getötet) an der Wiederholung seiner Delikte zu hindern, die aber unausbleiblich ist, da die Delikte Krankheitsäußerungen, Willensanomalien sind. Erst nach Heilung seines seelischen Leidens können die Verbrechen aufhören. Der Einwand nun, daß die Gefängnisstrafe den geistes-

kranken Verbrecher bessern und von einer Wiederholung seiner Verbrechen abschrecken könnte, der Grad seiner Gemeingefährlichkeit also auf diese Weise herabgesetzt würde, läßt sich ohne weiteres durch die vorher angeführte Tatsache widerlegen. Die Unverbesserlichkeit bildet eines der Kriterien der Geistesstörung. Der Geisteskranke steht auf Grund krankhafter innerer Vorgänge derart unter dem Zwange seiner asozialen Triebe und Impulse, daß die Motive der Furcht vor Strafe ebenso wie Ermahnungen usw. meist wirkungslos bei ihm abprallen. Die Erfahrung lehrt im Gegenteil, daß die Gefängnishaft verschlimmernd auf derartige Geisteskranke wirkt, daß ihre Gemeingefährlichkeit mithin durch die Gefängnisinternierung künstlich gesteigert wird. Wo bleibt da der Staatsschutz? Wird dagegen ein solcher Verbrecher rechtzeitig vom Irrenarzte dem Gericht als geisteskrank bezeichnet, so ist die Staatsanwaltschaft in der Lage, den Kranken absolut unschädlich zu machen. Sie stellt dann, wie es ja allgemein geschieht, die Frage an den Sachverständigen, ob der Betreffende gemeingefährlich ist oder nicht, und nach der Bejahung der Frage veranlaßt sie durch Vermittelung der Polizei die Überweisung des Kranken in eine Irrenanstalt. In der Anstalt verbleibt der Verbrecher, bis er geheilt ist. Denn nur seine Heilung kann in den schweren Fällen, um die es sich da handelt, seine Gemeingefährlichkeit beseitigen. In dieser Weise würde den Erfordernissen des Staatsschutzes völlig Genüge geschehen. Die Besorgnis, daß die Möglichkeit einer Entlassung des Verbrechers aus der Anstalt vor seiner Heilung resp. vor Aufhören seiner Gemeingefährlichkeit besteht, ist nicht stichhaltig. Nach den ministeriellen Bestimmungen sind vor der beabsichtigten Entlassung gemeingefährlicher Geisteskranker die Staatsanwaltschaft und die Polizeibehörde von der Anstaltsdirektion zu benachrichtigen. Erstere vermag daher eine ihr bedenklich erscheinende Entlassung in jedem Falle zu verhindern. Andererseits wird von der Anstaltsdirektion natürlich bei der Entlassung gemeingefährlicher Geisteskranker die Frage der Gemeingefährlichkeit besonders sorgfältig erwogen werden müssen. Wenn nicht mit absoluter Sicherheit eine derartige Besserung angenommen werden kann, daß die Gemeingefährlichkeit als aufgehoben zu erachten ist, wird man die Anstaltsinternierung fortzuführen haben. Nur in denjenigen Fällen, in denen von dem Verbrecher geringfügige Delikte ausgeführt wurden, die sich nicht gegen die Gesundheit oder das Leben anderer Personen richteten, kann eine versuchsweise Entlassung in Frage kommen. Einen Versuch dagegen bei einem Verbrecher zu machen, der ein schweres Verbrechen (Körperverletzung, Sittlichkeitsverbrechen usw.) beging, ist wohl als ein Spielen mit der Gefahr zu erachten, das durch nichts gerechtfertigt werden könnte. In solchen Fällen ist nur bei völliger Genesung, welche äußerst selten vorkommt, an Entlassung zu denken. Dieselbe besondere Berücksichtigung der Gemeingefährlichkeit wird die Behandlung des gemeingefährlichen psychopathischen Rechtsbrechers in der Anstalt finden müssen. Es wird stets in erster Linie der Gesichtspunkt ihrer Unschädlichmachung ins Auge zu fassen sein. Während die moderne Behandlung der Geisteskranken jede nur irgend mögliche Freiheit zu gewähren sucht und bei chronischen Krankheitsfällen die Beschäftigung mit Außenarbeiten in den Vordergrund schiebt, wird beim geistig minderwertigen Verbrecher derselbe Grad von Freiheit der Behandlung niemals erreicht werden können. Entweichungen von Geisteskranken im allgemeinen werden bei der freien Behandlung als unvermeidliches Übel in den Kauf genommen werden müssen. Denn die Vorteile unserer modernen Behandlungsmethoden wiegen den Nachteil häufigerer Entweichungen ohne weiteres auf. Nicht so steht die Sache bei dem geistig anormalen Verbrecher. Derselbe ist nur in geringem Grade und wenn die Internierung im jugendlichen Alter erfolgte, besserungsfähig bis zur Entlassung. Die geringen Vorteile, die die freie Behandlung für ihn bietet, kommen aber nicht in Betracht gegenüber der hohen Gefahr, die seine Entweichung für die Gesellschaft mit sich bringt. Wir werden also die therapeutischen Gesichtspunkte auf Grund der Erwägungen berechtigter sozialer Forderungen, die die Allgemeinheit an die Anstalten stellen muß, häufig etwas zurücktreten lassen müssen. Wir werden eine größere Beschränkung der Freiheit und eine geringere Betätigung an den üblichen Außenarbeiten für notwendig erachten müssen. Stellen wir uns dagegen auf den Standpunkt des Arztes, der therapeutische Erwägungen bei Behandlung aller Geisteskranken ohne Unterschied allein anerkennt, so sind wir nicht mehr berechtigt, die Internierung geistig abnormer Verbrecher in Irrenanstalten zu verlangen. Eine Maßnahme insbesondere würde für verbrecherische Geisteskranke in höherem Maße in Anwendung gezogen werden müssen, wie bei anderen Kranken, es ist das die dauernde Bettbehandlung auf der Wachabteilung. Es wird sicherlich nur wenig schwere Verbrecher geben, welche trotz dauernder Bettruhe unter Wache die Gelegenheit zur Entweichung oder zur Betätigung ihrer asozialen Triebe finden werden. Besonders zu warnen ist selbstredend vor Unterbringung gefährlichster Verbrecher in Einzelzimmern. Ihre Ge-

fährlichkeit selbst innerhalb der Anstalt wird dadurch erheblich gesteigert. Diese Betrachtungen beziehen sich, wie ich hinzufüge, ausschließlich auf die gemeingefährlichen Geisteskranken im engeren Sinne. Dazu gehören alle Formen von geistiger Minderwertigkeit mit asozialen Trieben, Alkoholiker, Epileptiker, Hysterische und verbrecherische Paranoiker. Individuen, welche während einer vorübergehenden akuten Psychose, deren Wiederkehr auf Grund ärztlicher Erfahrung nicht zu erwarten steht, geringfügige Delikte begangen haben, werden nicht als gemeingefährlich bezeichnet werden können. Die Besorgnis der Freilassung gemeingefährlicher, geistig nicht gesunder Individuen ist somit bei Berücksichtigung vorstehend angeführter Kautelen völlig unbegründet. Es ist also nur rechtzeitig die präzise Diagnose „Geistesstörung" zu stellen Einen anderen Weg zur Sicherung des Staates vor geistig abnormen Verbrechern gibt es nicht. Denn nicht durch die vorübergehende Internierung im Gefängnis, sondern allein durch die bis zum Aufhören der Gemeingefährlichkeit durchführbare Internierung in der Irrenanstalt ist es möglich, verbrecherische Geisteskranke unschädlich zu machen. Die Frage aber, ob die Gemeingefährlichkeit geschwunden ist oder nicht, kann nur der Gegenstand ärztlicher Untersuchung sein, da ein solches Gutachten mit der Frage der Genesung von einer Krankheit zusammenfällt.

Auch der Auffassung ist entgegenzutreten, daß Irrenanstalten nicht geeignet wären zur Aufnahme geisteskranker Verbrecher. Gewiß läßt sich die Behandlung und Verpflegung dieser eigenartigen Formen von Geistesstörung bequemer und sicherer gestalten, wenn besondere Einrichtungen getroffen werden, die ihrer Eigenart Rechnung tragen. Derartige Anstalten müssen aber stets Irrenanstalten bleiben, d. h. unter irrenärztlicher Leitung stehen und das Gepräge von Krankenhäusern haben. Aber auch diejenigen Irrenanstalten, welche vielleicht in bezug auf Verpflegung und Überwachung sogenannter geistig Minderwertiger in mancher Hinsicht verbesserungsbedürftig sind, sind zunächst allein geeignet zur Aufnahme derartiger Kranker. Ihre Abteilungen für geisteskranke Verbrecher müssen nur insofern verbessert werden, als man zur Behandlung der letzteren mehr Raum und mehr Überwachungspersonal braucht als für andere Geisteskranke. Wie eminent gefährlich die Ausführung der Vorschläge ist, nicht geistesgesunde Verbrecher für geistesgesund zu erklären, geht aus dem Dargelegten bereits hervor. In einem Artikel der „Deutschen Juristenzeitung" ist kürzlich empfohlen worden, die Grenze der Zurechnungsfähigkeit weiter auszudehnen, als es bisher üblich war, wobei der Verfasser davon ausgeht, daß die Feststellung der Geistesstörung durch den Sachverständigen die Unschädlichmachung des Verbrechers verhindere und damit das Gemeinwohl schädige. Mit derartigen Ausführungen hat man nicht diejenigen Seelenstörungen im Auge, deren Symptome auch dem Laien ohne weiteres kenntlich sind, sondern bezieht sich in erster Linie auf die große Masse geistig abnormer Individuen, deren Krankheitssymptome nur von Fachleuten erkannt werden. Für derartige Krankheitsformen ist der viel diskutierte Begriff der sogenannten „verminderten Zurechnungsfähigkeit" geprägt worden. Demgegenüber ist einzuwenden:

1. Berührt die Frage der verminderten Zurechnungsfähigkeit gar nicht die Kompetenzen des psychiatrischen Sachverständigen. Der Arzt ist sachverständig ausschließlich auf dem Gebiete der Krankheit. Ist er nicht in der Lage, das Bestehen einer Geisteskrankheit festzustellen, so hat er das positiv in seinem Gutachten zum Ausdruck zu bringen. Der Begriff der Zurechnungsfähigkeit ist kein medizinischer. Selbstverständlich ist der Mensch „nur so lange verantwortlich, als er kann, was er soll" (Graf zu Dohna). Da Geistesstörung diese Fähigkeit nimmt, so ist der Sachverständige berechtigt, bei nachgewiesener Geistesstörung auf das Nichtbestehen von Zurechnungsfähigkeit zu schließen und sich in diesem Sinne vor Gericht zu äußern. Liegt aber keine Geistesstörung vor, so ist der Arzt in punkto Zurechnungsfähigkeit genau so wenig sachverständig, wie er es in punkto Gemeingefährlichkeit wäre. Wenn der Sachverständige so zahlreiche pathologische Züge bei dem gemeingefährlichen Verbrecher findet, daß er schwankt, ob man nicht doch von Geistesstörung sprechen könne, so handelt es sich wohl meist um eine Psychose im wissenschaftlichen Sinne. Die psychischen Mißbildungen, die mehr oder weniger ausgeprägt die Züge des degenerativen Irreseins an sich tragen, decken sich doch mit dem Begriffe der Geistesstörung. Ein unsicheres Gutachten mit der Erklärung „Der X. ist weder geisteskrank noch geistesgesund" ist verwirrend und deswegen wertlos für den Richter. Der Richter wird in vielen Fällen die Unsicherheit des Sachverständigen durchschauen, der unter der Flagge der geminderten Zurechnungsfähigkeit sich eine Hintertür entweder zur Geistesgesundheit oder zur Geistesstörung hin aufläßt. Ob dadurch das Vertrauen des Gerichtes zu dem Sachverständigen gehoben wird, scheint mir zweifelhaft.

2. Wenn der Sachverständige unberechtigterweise sich über eine Frage äußert, in der er nicht sachverständig ist, so täte er das aus Humanität, in der Ab-

sicht, einem Verbrecher zu nützen. Es folgt daraus die Fragestellung, welcher Nutzen wird dem Verbrecher dadurch gewährt, daß die Hervorhebung der sogenannten geminderten Zurechnungsfähigkeit als strafmildernd vom Gericht berücksichtigt wird. Die Freiheitsstrafe wird verkürzt. Hat der Verbrecher davon einen Vorteil? Die Frage muß verneint werden. Ich gehe von der Vorstellung der Zweckstrafe aus. Die Strafe soll den Verbrecher abschrecken. Je empfindlicher, also je länger die Gefängnisstrafe ist, desto größer muß die Wirkung sein. Dem mit psychopathischen Zügen behafteten Verbrecher Hemmungen zu geben, ist sicher schwieriger als dem nicht minderwertigen. Wenn wir überhaupt glauben, ihn durch abschreckende Strafen bessern zu können, so können wir dieses Ziel nur durch besondere Härte der Strafen erreichen. Wir nutzen ihm also nicht durch eine mildere Bestrafung. Die zweite Fragestellung würde zu lauten haben: Wenn dem geistig abnormen, aber nach Auffassung des Sachverständigen nicht geisteskranken Verbrecher ein Vorteil durch den Hinweis auf seine angebliche verminderte Zurechnungsfähigkeit nicht erwächst, welche Folgen hat dieser Hinweis für die Gesellschaft? Darauf ist zu erwidern: Die Allgemeinheit wird geschädigt, weil die Zeitdauer der Unschädlichmachung des pathologischen Rechtbrechers verkürzt wird. Letzterer wird, und das ist der Kernpunkt der Sache, für eine kürzere Zeit unschädlich gemacht als der geistesgesunde Verbrecher, obgleich er wegen seines geistigen Defektes, der die Triebfeder seiner schlechten Handlungen bildet, erheblich gemeingefährlicher ist als der letztere. Denn der geistig abnorme Verbrecher wird stets gefährlicher für das Gemeinwohl sein als der gesunde, weil er rücksichtsloser, motivloser seine Verbrechen begeht. Es fehlen ihm ja die intellektuellen und ethischen Hemmungen des Geistesgesunden. Das Gemeinwohl wird also gerade in hohem Maße gefährdet, wenn Geisteskranke, die vielfach als vermindert zurechnungsfähig bezeichnet werden, wie Geistesgesunde behandelt werden. Wird die Grenze der Zurechnungsfähigkeit noch weiter gezogen als bisher, so würde die Zahl derjenigen, deren Unschädlichmachung unmöglich gemacht wird, noch vergrößert werden. Die Beunruhigung in weiteren Kreisen des Volkes wäre dann durchaus begreiflich. Aus diesen Gründen ist der Begriff der „verminderten Zurechnungsfähigkeit" forensisch unbrauchbar. Man schützt mit derartigen Vorschlägen, wie die vorher erwähnten, nicht die Allgemeinheit, sondern man schädigt das Gemeinwohl in großem Umfange. Das einzig Richtige ist, bei jedem Verbrecher, dessen Geisteszustand zu Bedenken Anlaß gibt, den Sachverständigen zu fragen, ob der Angeklagte geistesgesund ist oder nicht. Ist er nicht geistesgesund (ganz gleichgültig, ob er einer der Krankheitsformen mit sogenannter verminderter Zurechnungsfähigkeit angehört oder nicht), so ist er als Geisteskranker zu behandeln. Die Grenze der Geistesgesundheit muß genau so weit gezogen werden, wie das der Standpunkt der ärztlichen Wissenschaft und damit die Überzeugung des Sachverständigen es erfordern. Der Standpunkt der Wissenschaft, wonach die breite Masse der geistig Minderwertigen als geisteskrank zu bezeichnen sind, fällt durchaus mit dem Interesse des Gemeinwohls zusammen. Denn nur als geisteskrank aufgefaßt und behandelt können sie dauernd unschädlich gemacht werden. Als Beispiel sei folgender Fall erwähnt: Der Sittlichkeitsverbrecher X. hatte in verschiedenen Städten ganze Straßen durch seine unsittlichen Handlungen in Aufregung versetzt. 13 mal wurde er bestraft und ihm nach Entlassung die Möglichkeit gegeben, seine Sittlichkeitsverbrechen zu wiederholen. Weil einigen Gerichten die krankhafte Persönlichkeit aufgefallen war, bestrafte man ihn nur mit geringen Gefängnisstrafen und ließ ihn um so schneller auf die Menschheit los. Endlich wurde er einer Irrenanstalt zur Beobachtung überwiesen. Hier wurde er endlich als geisteskrank erkannt und auf Grund des ärztlichen Gutachtens freigesprochen. Zugleich aber war die Möglichkeit, ihn unschädlich zu machen, gegeben; er wurde für gemeingefährlich erklärt und durch Internierung in der Anstalt an der Wiederholung seiner Straftaten verhindert. Solche, einem jeden Sachverständigen oft vorkommenden Fälle beweisen, daß nur die rein medizinische Auffassung in diesen Fragen zu einem richtigen Entscheide führen kann.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VII.

Aus der Literatur des Jahres 1907 zusammengestellt

von *Ernst Schultze.*

(Fortsetzung.)

§§ 104. 114.

Eine wegen beschränkter Geschäftsfähigkeit (Geistesschwäche) Entmündigte errichtete wegen schwebenden Entmündigungsverfahrens ein Testament. Im Laufe des Anfechtungsverfahrens starb sie. — Kläger fochten das Testament an, weil die Testatrix zur Zeit der Errichtung desselben absolut geschäftsunfähig gewesen sei. Der Klage wurde nach Beweisaufnahme stattgegeben. Die Revision der Beklagten wurde mit folgender Begründung zurückgewiesen: Für die rechtliche Beurteilung habe nur zu gelten, daß die Erblasserin geistesschwach gewesen sei, weil das Entmündigungsgericht nur zur Annahme der Geistesschwäche gekommen sei. Den Geistesschwachen stehe aber das Recht zum Widerruf eines vor der Entmündigung errichteten Testaments schlechthin zu (§ 2253 Abs. 2 B. G. B.). Der Nachweis, daß die Erblasserin geschäftsunfähig gewesen sei und deshalb nicht widerrufen konnte, sei ausgeschlossen. Der Angriff geht fehl. Die im Entmündigungsverfahren ausgesprochene Entmündigung der Erblasserin wegen Geistesschwäche kann schon deshalb nicht von maßgebender Bedeutung sein, weil das Entmündigungsverfahren nicht zum Abschluß gediehen und das landgerichtliche Urteil nicht die Rechtskraft beschritten hat. Würde aber auch die Entmündigung wegen Geistesschwäche in jenem Verfahren unanfechtbar ausgesprochen sein, so würde dadurch der Prozeßrichter nicht behindert sein, im Einzelfalle darüber hinaus festzustellen, daß die Erblasserin gemäß § 104 Nr. 2 B. G. B. völlig geschäftsunfähig gewesen ist. Die beschränkte konstitutive Bedeutung des nur wegen Geistesschwäche ergehenden Entmündigungsurteils schließt eine dahingehende prozeßrichterliche Feststellung keineswegs aus. (R. G. IV. 21. Oktober 1907.) J. W. pag. 737.

§ 104. 2. § 105. 1.

Eine Willenserklärung (Testament) ist nicht schon dann nichtig, wenn im allgemeinen eine geistige Erkrankung der Erklärenden nachgewiesen wird; es kommt vielmehr darauf an, ob durch krankhafte Störung der Geistestätigkeit die freie Willensbestimmung gerade im Zeitpunkte der Erklärung ausgeschlossen war. (R. G. IV. 28. Oktober 1907.)

D. R. pag. 1527. Entsch. Nr. 3756.

§§ 107ff. 254. 823.

Zur Operation eines Minderjährigen ist der Arzt nur mit Einwilligung des gesetzlichen Vertreters desselben befugt. Ob diese Einwilligung ausdrücklich einzuholen und zu erteilen ist, hängt von den Umständen ab; wenn der Minderjährige z. B. sich einen Zahn ziehen läßt, kann die Einwilligung stillschweigend als erteilt angesehen werden. In anderen Fällen ist der Arzt, der ohne Einwilligung des gesetzlichen Vertreters den Minderjährigen erfolglos oder unglücklich operiert, zum Ersatze des Schadens, der durch die widerrechtliche Körperverletzung entstanden ist, verpflichtet. Ein konkurrierendes Verschulden des Minderjährigen liegt nicht vor; der vom Gesetz als notwendig anerkannte Schutz Minderjähriger würde in Frage gestellt sein, wenn man sie für die einfache Nichteinholung der Einwilligung ihres gesetzlichen Vertreters verantwortlich machen wollte. (O. L. G. Darmstadt. 16. November 1906.) D. R. pag. 373.

Entsch. Nr. 1718.

§§ 108. Abs. 3. 109. Abs. 2.

Die Wirksamkeit des Verlöbnisses einer Minderjährigen hängt von der Genehmigung ihres gesetzlichen Vertreters oder von ihrer nach erlangter Volljährigkeit erteilten Genehmigung ab. In der Anstellung der Klage auf Schadenersatz (§ 1300 B. G. B.) kann eine solche Genehmigung gefunden werden. (O. L. G. Colmar. 14. März 1907.)

D. R. pag. 760. Entsch. Nr. 1600.

§ 113.

Die Berechtigung des Arztes zu einer Operation hängt von einer zustimmenden Willenserklärung des Kranken und, wenn dieser gemäß § 106 B. G. B. ein in der Geschäftsfähigkeit beschränkter Minderjähriger ist, von der Einwilligung des gesetzlichen Vertreters (§ 107 B. G. B.) ab. In der Ermächtigung des Minderjährigen, durch seinen gesetzlichen Vertreter in Dienst zu treten, liegt nicht auch die Einwilligung oder Ermächtigung, daß der Minderjährige sich im Spital einer Operation unterziehe, selbst wenn man erwägt, daß diese Aufnahme infolge der für Dienstboten bestehenden Krankenversicherung erfolgt ist und letztere sich auch auf die Vornahme der in

Rede stehenden Schieloperation erstreckt. (R. G. 21. Juni 1907.)

D. R. pag. 1060. Entsch. Nr. 2502.

§ 254.

Es ist Pflicht des Beschädigten, sich behufs Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit einem geeigneten Heilverfahren zu unterziehen. Ein Beschädigter, der sich ohne Grund der Heilung widersetzt oder sonst schuldbarerweise den Heilungserfolg vereitelt, kann insoweit Entschädigung nicht beanspruchen. Hat sich aber der Beschädigte gleich nach dem Unfall längere Zeit ärztlich behandeln lassen und sich dann in eine Anstalt zur Pflege begeben, so ist das geschehen, was in solchen Fällen zu geschehen pflegt, und es trifft den Beschädigten nicht der Vorwurf, Maßregeln versäumt zu haben, die nach den Umständen zu seiner Heilung geboten gewesen sind. (R. G. IV. 15. April 1907.) D. R. pag. 633. Entsch. Nr. 1288.

§ 254.

Für die Frage, ob der Verletzte verpflichtet ist, sich einer Operation oder einem sonstigen ärztlichen Heilverfahren zu unterziehen, sind die konkreten Verhältnisse des Einzelfalles zu würdigen, wobei es hauptsächlich auf die Beschaffenheit des Leidens, die Schwere und Gefährlichkeit der Operation oder des Heilverfahrens, die mehr oder mindere Aussicht auf Erfolg ankommen wird, aber möglicherweise auch noch anderweite, besondere Umstände in Betracht kommen können. Auch ist immer zu beachten, daß die Vorschrift in § 254 B. G. B. ein Verschulden des Beschädigten voraussetzt. Es sind deshalb zugunsten des Beschädigten alle Tatsachen zu berücksichtigen, welche geeignet sind, eine Weigerung, wenn nicht als begründet, so doch als entschuldbar erscheinen zu lassen. (R. G. VI. 24. Oktober 1907.)

D. R. pag. 1461. Entsch. Nr. 3621.

§ 278.

Der Unternehmer eines Krankenhauses — gleichviel ob es sich um ein privates oder auf Rechnung des Staates oder einer sonstigen Körperschaft des öffentlichen Rechts betriebenes Krankenhaus handelt — haftet bei Erfüllung der übernommenen Verbindlichkeiten (Verpflegung, Abwartung, Beherbergung und ärztliche Behandlung) für jegliches Verschulden seines gesamten Personals, jedoch nur dem Vertragsgegner gegenüber. Das ist in den Fällen, wo versicherte Kranke von den Krankenkassen aus in die Krankenhäuser gebracht werden, nicht der Kranke, sondern die Krankenkasse. (O. L. G. Braunschweig. 23. Nov. 1906.) D. R. pag. 506. Entsch. Nr. 988.

§§ 671. 696.

Der Vormund eines Geisteskranken ist zwar nicht befugt, ein von seinem Mündel, als es noch geistesgesund war, errichtetes privatschriftliches Testament durch dessen Rücknahme zu widerrufen, wohl aber kann er von dem Dritten, dem es von dem Mündel s. Z. übergeben worden ist, die Herausgabe verlangen. (K. G. Berlin. 13. Oktober 1906.)

D. R. pag. 308. Entsch. Nr. 576.

§ 683.

Die Polizeibehörde, welche einen Kranken im Krankenhause unterbringt, kann von der Ortskrankenkasse Ersatz der Kosten verlangen, wenn der Kranke Mitglied der Ortskrankenkasse war, die Krankenhausbehandlung dem Interesse der letzteren entsprach und ohne diese Behandlung eine Pflicht der Kasse, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse lag, nicht rechtzeitig erfüllt wäre. (O. L. G. Hamburg. 29. Juni.)

D. R. pag. 1066. Entsch. Nr. 2544.

§§ 823 ff.

Hat der Beklagte bewiesen, daß der Kläger schon vor dem Unfall an einem bestimmten Leiden litt und daß die schweren Folgen des Unfalls ohne diese krankhafte Anlage nicht eingetreten sein würden, so ist der ursächliche Zusammenhang dennoch nicht aufgehoben, die entscheidende Ursache der jetzigen Gesundheitsbeschaffenheit des Klägers war der Unfall. Die Krankheitsanlage kann aber für die Frage nach der Höhe des Anspruchs von Bedeutung sein. (R. G. IV. 11. Oktober 1906.)

D. R. pag. 182. Entsch. Nr. 285.

§ 831.

Der Entlastungsbeweis kann seitens des Geschäftsherrn nur durch Behauptung und Nachweis von Tatsachen geführt werden, aus welchen das Gericht schließen kann, daß der Bestellte nach Befähigung und Verläßlichkeit sich zu der übertragenen Verrichtung geeignet hat oder doch, daß ihn der Geschäftsherr als geeignet ansehen durfte. (O. L. G. Karlsruhe. 17. Dezember 1906.)

D. R. pag. 886. Entsch. Nr. 2025.

§ 831.

Der Fiskus haftet für den Schaden, den eine vom Staate zur Wartung und Beaufsichtigung der Geisteskranken in einer staatlichen Irrenanstalt angestellte Wärterin bei Ausführung dieser Verrichtungen widerrechtlich (durch Alleinlassen des Geisteskranken) angestiftet hat. (R. G. III. 25. Januar 1907.)

D. R. pag. 309. Entsch. Nr. 582.

§ 831.

Der dem Geschäftsherrn im letzten Satz von § 831 Abs. 1 nachgelassene Beweis muß dahin geführt werden, daß der Schaden auch bei Anwendung der in den vorhergehenden Sätzen bezeichneten Sorgfalt entstanden sein würde, keineswegs genügt der Beweis, daß bei Anwendung dieser Sorgfalt der Schaden möglicherweise auch hätte entstehen können; es liegt auch auf der Hand, daß, wenn dieser Beweis zur Ausschließung der Haftung des Geschäftsherrn ausreichend wäre, diese Haftung beinahe immer wegfallen würde. (R. G. VI. 11. April 1907.)

J. W. pag. 333.

§§ 831. 823.

Liegt hinsichtlich der Ausführung einer durch andere vorzunehmenden Verrichtung dem Geschäftsherrn eine Leitungspflicht ob, so hat der Geschäftsherr zu seiner Entlastung allerdings zu beweisen, daß er bei der Leitung die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet habe. Wird dem Geschäftsherrn dagegen vorgeworfen, daß er eine Kontrolle, die er hätte ausüben müssen, vernachlässigt habe, so kann dies nur nach § 823 B. G. B. als eine ihm nachzuweisende Fahrlässigkeit in Betracht kommen; einer der Entlastungsbeweise aus § 831 B. G. B. steht dagegen hier nicht in Frage. (R. G. VI. 19. September 1907.)

D. R. pag. 1320. Entsch. Nr. 3307.

§ 839.

Bei der Entscheidung der Frage, ob ein Beamter fahrlässig gehandelt hat, ist nicht der Maßstab eines ideal vollkommenen Musterbeamten, sondern derjenige eines pflichtgetreuen Durchschnittsbeamten anzulegen. (O. L. G. Colmar. 26. Februar 1907.)

D. R. pag. 766. Entsch. Nr. 1648.

§ 842.

Wenn der Verletzte infolge einer mit der unerlaubten Handlung in keinem Zusammenhange stehenden Krankheit auch ohne den Unfall erwerbsunfähig gewesen sein würde, so kann er für diese Zeit keine Entschädigung verlangen. (O. L. G. Braunschweig. 22. Oktober 1907.)

D. R. pag. 1321. Entsch. Nr. 3310.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Reform des Irrenwesens in Bayern.** Die Vorschriften über das Irrenwesen und die Fürsorge für Geisteskranke werden demnächst von der bayerischen Staatsregierung einer Durchsicht unterzogen und mit Rücksicht auf die Änderung des bürgerlichen Rechts, der Zivilprozeßordnung und der freiwilligen Gerichtsbarkeit entsprechend reformiert werden.

— **Königslutter.** An der hiesigen Anstalt ist eine dritte Oberarztstelle (3000 bis 6000 Mark in 20 Jahren) geschaffen und dem bisherigen Anstaltsarzt Dr. Cohen übertragen worden. Fortan sollen die Assistenzärzte nach vollendetem dritten Dienstjahre feste Anstellung als Anstaltsärzte erhalten unter Gewährung von Dienstwohnung (Familienwohnung) und von einem Gehalt, das innerhalb von 14 Jahren von 3000 auf 5400 Mark steigt. Bewilligt sind gleichzeitig die Baukosten eines Doppelwohnhauses für den zweiten und dritten Oberarzt.

— **Der Landtag der Provinz Sachsen** hat für Erweiterungsbauten in Jerichow 626000 M. und zur Errichtung eines „Verwahrungshauses" für geisteskranke Verbrecher bei der Anstalt Nietleben 200000 M. bewilligt.

— **Siemens-Jubiläum.** Am 1. April d. J. konnte Geh. Med.-Rat Dr. Friedr. Siemens in Lauenburg i. Pom. auf eine 25jährige Tätigkeit als Anstaltsdirektor in Pommern zurücksehen. Für die zahlreichen Freunde und Verehrer des hochverdienten Psychiaters bot sich hierdurch der willkommene Anlaß zu ehrenden Kundgebungen und zu festlicher Gestaltung dieses Gedenktages. In seiner durch Blumenspenden reich geschmückten Wohnung empfing der Gefeierte im Kreise seiner Familie bereits am Vormittage die Glückwünsche seiner Ärzte, Beamten und Angestellten und zahlreichen Freunde aus der Stadt Lauenburg. Von dem Landeshauptmann der Provinz Pommern lief ein Glückwunschschreiben ein, das in Worten hoher Anerkennung der hervorragenden Verdienste des Jubilars um die von ihm geleiteten Anstalten und um das Pommersche Irrenwesen gedachte. Der Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie sandte einen telegraphischen Glückwunsch, zahlreiche Telegramme von Kollegen und Freunden folgten. Der ärztliche Verein in Lauenburg ließ durch eine Abordnung, welche San.-Rat Bielitz führte, eine schön ausgestattete Adresse überreichen. — Die Kranken der Anstalt waren am Nachmittage zu einer Feier mit musikalischen Darbietungen und einer Theateraufführung im Festsaal um ihren verehrten Direktor und seine Familie versammelt. Hier sprach Oberarzt Halbey einen schwungvollen Prolog in Versen. Ihm folgte Oberarzt Heinke mit einer längeren Ansprache, deren Ausführungen Wesen und Wirken des Gefeierten treffend charakterisierten, er schloß mit der Über-

reichung eines wertvollen Geschenkes der Anstaltsärzte, Beamten und Pfleger. Die Glückwünsche der Pommerschen Ärztekammer überbrachte Direktor Mercklin-Treptow. Er richtete dann unter Überreichung eines Ehrengeschenkes im Namen aller früheren Assistenten warme Worte des Dankes an den verehrten einstmaligen Chef, der durch vorbildliche Pflichttreue, entschiedenes Wollen und wohltuende Offenheit die Arbeitszeit an seiner schönen Anstalt zu einer eindrucksvollen, nachwirkenden gestaltet habe. Sodann überreichte Direktor Rabbas-Neustadt-Westpr. mit herzlichen Worten eine künstlerisch ausgestattete Adresse, welche sämtliche dem Norddeutschen Psychiaterverein angehörigen Anstaltsdirektoren dem Mitbegründer und Förderer des Vereins gewidmet hatten. Seine bewegten Dankesworte ließ der Gefeierte in ein Hoch auf die Provinz Pommern ausklingen. Den Tag beschloß ein fröhliches Festmahl im gastlichen Hause Siemens.

Unserem hochverehrten Kollegen, dem bewährten Vorkämpfer des irrenärztlichen Standes wünschen wir in seiner Frische eine lange, segensreiche Wirksamkeit.

M.

— **Deutscher Verein für Psychiatrie. Einladung zur Jahresversammlung in Berlin am 24. und 25. April 1908.**

Tagesordnung.

I. Eröffnung und Begrüßung. Kassenbericht und Feststellung des Beitrages für 1908. Stand der Heinrich Laehr-Stiftung. Bericht der Kommission zur Wahrung der Standesinteressen (s. Psych.-Neur. Wochenschr. Nr. 44 ff.). Wahl von zwei Vorstandsmitgliedern (die Herren Kreuser und Siemens scheiden satzungsgemäß aus). Sonstige geschäftliche Mitteilungen.

II. Referate. 1. Endzustände der Dementia praecox. Ref.: Bleuler-Zürich und Jahrmärker-Marburg. — 2. Psychiatrische Wünsche zur Strafrechtsreform. Ref.: Cramer-Göttingen.

III. Vorträge. 1. Alt-Uchtspringe: Die Heilungsaussichten in der Anstalt. — 2. Brodmann-Berlin: Der gegenwärtige Stand der histologischen Lokalisation der Großhirnrinde (mit Demonstration). — 3. Birnbaum-Herzberge: Ueber kurzdauernde Wahnvorstellungen auf degenerativer Basis. — 4. Reichardt-Würzburg: Ueber die Hirnmaterie. — 5. E. Meyer-Königsberg: Die Prognose der Dementia praecox. — 6. Näcke-Hubertusburg: Die Vergleichung der Hirnoberfläche bei dementiell Paralytischen und Normalen. — 7. Raecke-Kiel: Zur Prognose der Katatonie. — 8. O. Fischer-Prag: Die Histopathologie der Presbyophrenie (mit Demonstration). — 9. A. Friedländer-Hohe Mark: Kritische Bemerkungen zum § 300 StGB. — 10. Seiffer-Berlin: Ueber Intelligenzstörungen. — 11. Aschaffenburg-Köln: Die Stellung der modernen Rechtswissenschaft zur verminderten Zurechnungsfähigkeit. — 12. J. Hoppe-Uchtspringe: Die Bedeutung der Stoffwechseluntersuchungen für die Behandlung der Epileptiker. — 13. F. Reich-Lichtenberg: Zur Symptomatologie der Manie und verwandter Krankheitsformen. — 14. Kapff-Fürstenwalde: Welches Interesse hat die praktische Psychiatrie an der Spezialbehandlung Alkoholkranker? — 15. Liepmann-Dalldorf: Ueber die agnostischen Störungen. — 16. Hüfler-Chemnitz: Ueber die katatonischen Anfälle. — 17. Beyer-Roderbirken: Die Heilstättenbehandlung der Nervenkranken. — 18. von Voß-Greifswald: Zur Aetiologie der Dämmerzustände. — 19. H. Vogt-Frankfurt a. M.: Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Entwicklungskrankheiten des Gehirns. — 20. Ew. Stier-Berlin: Geisteskrankheiten im Kriege. — 21. Rud Förster-Leipzig: Vom geweblichen Aufbau der Hörrinde (mit Demonstration). — 22. von Nießl-Leipzig: Ueber die physiologische Bedeutung der Hörwindung (mit Demonstration). — 23. O. Ranke-Heidelberg: Spielt in der Ätiologie der Paralyse neben der luischen Infektion eine spezifische Disposition des Nervensystems eine Rolle? — 24. A. Westphal-Bonn: Ueber einen Fall von progressiver neurotischer (neuraler) Muskelatrophie mit manisch-depressivem Irresein und sog. Maladie des tics convulsifs einhergehend (mit anatomischer Untersuchung und Demonstration). — 25. Weygandt-Würzburg: Die Ausbildung in der gerichtlichen Psychiatrie.

Es wird darauf aufmerksam gemacht, daß ohne besondere Zustimmung der Versammlung Referate nicht über 30 Min., Vorträge nicht über 20 Minuten und Diskussionsbemerkungen nicht über 5 Minuten dauern dürfen. — Besteht die Absicht, Vereinsbeschlüsse zu beantragen, so wird dringend gebeten, deren Wortlaut dem Vorstand vorher mitzuteilen.

Donnerstag, den 23. April von 8½ Uhr ab gesellige Zusammenkunft (mit Damen) im Weihenstephan, Friedrichstraße 176 (Ecke Jägerstraße), 1 Treppe, 2. Saal.

Freitag, 24. April, 9—1 Uhr 1. Sitzung im Architektenhaus, Wilhelmstraße 92/93. 1—2 Uhr Frühstück in den Nebenräumen des Sitzungssaales zu 1 M. 2—5 Uhr 2. Sitzung im Architektenhause. 6 Uhr Essen mit Damen im „Englischen Haus" (A. Huster), Prinz Albrecht-Straße 9, das Gedeck 5 M., Ueberrock. Im Anschluß hieran geselliger Abend (vom Berliner psychiatrischen Verein und der Berliner Gesellschaft für Nervenheilkunde und Psychiatrie gegeben) im Weihenstephan, Friedrichstraße 176 (Ecke der Jägerstraße), 1 Treppe, 2. Saal.

Sonnabend, 25. April, 9—1 Uhr 3. Sitzung im Architektenhause. 1—2 Uhr Essen in den Nebenräumen des Sitzungssaales, das Gedeck zu 1 M. 25 Pf. 2—5 Uhr 4. Sitzung im Architektenhause.

Sonntag 26. April Besichtigungen. 1. Rudolf Virchow-Krankenhaus, Augustenburger Platz. — 2. Städtische Irrenanstalt Buch. — 3. Hygienisches Institut, Hessische Straße 3/4.

Das Lokalkomitee wird gebildet von den Herren Dr. Boedeker, Schlachtensee, Fichtenhof, Oberarzt Dr. Falkenberg, Lichtenberg bei Berlin, Herzbergstraße 79, Dr. Oliven, Lankwitz, Berolinum, und Prof. Dr. Seiffer, Psychiatrische Klinik in der Charité, die zu weiterer Auskunft bereit sind.

Anmeldungen oder Anfragen wegen Benutzung des Projektions- und Epidiaskopapparates werden vor dem 20. April erbeten an Prof. Dr. Seiffer, Psychiatrische Klinik in der Charité.

Empfehlenswerte Hotels: Zentralhotel am Friedrichstraßenbahnhof; Savoyhotel, Friedrichstraße 103; Königshof, Neue Wilhelmstraße 10/11; Hospiz am Brandenburger Tor, Königgrätzer Straße 5; Fürstenhof, Königgrätzer Straße gegenüber dem Potsdamer Bahnhof; Hotel Bellevue am Potsdamer Platz; Hotel Prinz Albrecht, Prinz Albrecht-Straße 9; Hospiz St. Michael, Wilhelmstraße 34.

Der Vorstand:
Kräpelin. Kreuser. Laehr. Moeli. Pelman.
Siemens. Tuczek.

Personalnachrichten.

— **Hannover.** In dem Aerztepersonal der hiesigen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten sind folgende Veränderungen vorgekommen:

1. Dr. med. Behr, bislang Abteilungsarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Lüneburg ist zum Oberarzt an der Anstalt Langenhagen ernannt.

2. Zu Abteilungsärzten sind befördert die Assistenzärzte Dr. med. Rinne-Langenhagen und Grütter und Gerstenberg-Lüneburg.

Erklärung.

Der in Nr. 2 enthaltene Aufsatz von mir ist erschienen vor Einlauf meiner Korrektur. Ich hatte die Absicht, seine Fassung zu ändern und auch auf die wichtigen Ausführungen von Direktor Vocke in Nr. 1 einzugehen, was mir nun durch den frühzeitigen Abdruck nicht mehr möglich wurde.

Dr. Weygandt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 4. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**
Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der **Provinzial-Irrenanstalt Neustadt** an der Ostsee (Holstein), mit welcher eine **Poliklinik f. Nervenkrankheiten** verbunden ist, ist die durch Beförderung des bisherigen Inhabers zum Oberarzt freigewordene Stelle eines

ersten Hilfsarztes

zu besetzen. Gehalt 2500 Mark neben vollständig freier Station. Voraussichtlich wird noch in diesem Jahre eine Neuregulierung der Gehalts- und Avancementsverhältnisse für die Anstaltsärzte der hiesigen Provinz eintreten. Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion zu richten.

An der Provinz.-Pflegeanstalt zu Eickelborn in Westf. (Bahnstation Benninghausen der Strecke Soest-Paderborn), mit deren vom letzten Provinziallandt. beschlossenem Ausbau zu einer Heil- und Pflegeanstalt von 1400 Plätzen in kurzer Zeit begonnen wird, ist die Stelle eines

Abteilungsarztes

zu besetzen. Gehalt 3300 — 5000 M., 2 jährlich steigend. Für Verheiratete in spätestens 2 Jahren bestimmt Familienwohnung mit Garten. Psychiatrische Vorbildung erforderlich. Feste pensionsfähige Anstellung nach 1/2 jähriger Probezeit, evtl. sofort. Meldungen mit Lebenslauf etc. an die Direktion.

„Friedheim" Zihlschlacht

Thurgau, Schweiz.

Comfortables Heim
(gegründet 1890)

für Nerven- u. Gemüths-kranke besserer Stände

incl. **Alkoholiker** beiderlei Geschl.

Dr. F. Krayenbühl
Specialarzt.

Kurhaus für Nerven- und Gemüthskranke

von Dr. Richard Fischer

Neckargemünd bei Heidelberg.

Comfortabel eingerichtete Heilanstalt in schönster Lage des Neckarthales, in unmittelbarer Nähe des Waldes und ausgestattet nach allen Anforderungen der modernen Psychiatrie — Gegründet 1898. Prospekte frei durch die Direktion.

Hartglasplatten zur Verglasung von

Unruhigen- und Tobzellen,

sowie für **Beobachtungsfenster**

infolge ihrer **grossen Widerstandsfähigkeit**

unbedingt zuverlässig,

bei vielen Anstalten seit langen Jahren im Gebrauche, liefert **unter Garantie** billigst

Curt Zieger, Hartglasfabrik, **Dresden-A. 18.**

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Wir empfehlen angelegentlichst unsere unübertrefflichen

Holzwolle-Fabrikate zu Unterlagen für unreinliche Kranke.

Deutsche Holzwolle-Fabrik Loewenstein & Co.
Berlin, Greifswalderstraße 140.

Im Ctr. des vornehmsten W. Vorortes von Berlin, ist ein mit der **Konzession zum Betriebe einer Irrenanstalt** versehenes Grundstück (geeignetes Anstaltsgebäude mit grösserem Park) **baldmöglichst** unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre: **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

Am städtischen **Irrenhause** zu **Breslau,** Einbaumstraße, ist die Stelle der

Oberpflegerin

bis 1. Mai d. J. zu besetzen. Die Oberpflegerin ist die alleinige Stelleninhaberin. Nur Bewerberinnen, welche bereits längere Jahre an größeren, womöglich öffentlichen Irrenanstalten in ähnlicher oder gleicher Stellung tätig waren und beste Empfehlungen aufweisen können, werden aufgefordert, ihr Bewerbungsgesuch nebst beglaubigten Zeugnisabschriften und Gehaltsansprüchen etc. schleunigst einzusenden an den

Primärarzt des städt. Irrenhauses.

An der westpreußischen Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Pr. Stargard — ca 1400 Kranke, 10 Aerzte — sind zwei

Assistenzarztstellen

zu besetzen.

Das Gehalt beträgt 2100 M. jährlich, daneben wird freie Verpflegung I. Klasse, Wohnung und Wäsche im Jahreswerte von 1125 M. gewährt. Auswärtige Dienstzeit im Staats- oder Kommunaldienste kann angerechnet werden.

Jüngere unverheiratete Herren wollen ihre Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnissen einsenden an den Direktor

Dr. Kroemer, Geh. Med.-Rat.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 4. 18. April **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Mehr Nervenheilstätten!

Von Dr. *Ernst Beyer*, Chefarzt der Rheinischen Volksheilstätte für Nervenkranke, Roderbirken bei Leichlingen.

Meine These lautet: „Es ist Pflicht der Ärzte, die Gründung von Nervenheilanstalten zu fördern!" — Noch sehe ich Möbius vor mir, wie er mit diesen Worten am 21. Mai 1898 in Baden-Baden*) seinen Vortrag begann, um die von ihm angeregte und in Wort und Schrift mit Eifer betriebene Propaganda auch unter den südwestdeutschen Fachgenossen zu verbreiten. Mehr als vier Jahre schon war er in dieser Sache tätig, und fast zehn Jahre sind seither verflossen. Um wieviel sind wir nun in dieser Zeit weiter gekommen? Versucht worden ist einiges, mißglückt manches, erreicht ist eigentlich wenig. Auch in der Literatur der letzten Jahre sind die Veröffentlichungen über die Nervenheilstätten spärlich geworden. Das allgemeine Interesse der Ärzte und des Publikums scheint zu erlahmen, noch ehe es zu vielen sichtbaren Erfolgen geführt hatte. Und er, der es wieder erwecken würde, Möbius ist nicht mehr!

Erfreulich und nützlich ist es daher, daß G. Chr. Schwarz, der bekannte Vorkämpfer der Arbeitstherapie, kürzlich in dieser Wochenschrift eine Artikelserie**) veröffentlicht hat, welche die Geschichte und den derzeitigen Stand der Nervenheilstättenbewegung darstellt und die Anschauungen und ferneren Bestrebungen auseinandersetzt, wie sie sich dem Verfasser, selbst einem früheren Nervenkranken, aus der praktischen Erfahrung ergeben haben. Nicht uninteressant ist es, auch allerlei Interna von ihm zu hören, welche so manche Schwierigkeit erst recht erklärlich, manche Eigenart der Meinungen verständlich machen. Besonders wertvoll ist aber die sachliche Kritik, welche Schwarz ausübt und freimütig ausspricht.

Bei einer früheren Gelegenheit habe ich gesagt*): „Wenn in den letzten Jahren die Nervenheilstättenbewegung in Deutschland nicht recht vorwärts gekommen ist, so muß das doch wohl daran liegen, daß man die Sache irgendwie nicht richtig anfaßt." Auch Schwarz beschränkt sich nicht darauf, die in den äußeren Umständen liegenden Hindernisse vorzuführen, welche der Ausbreitung der Nervenheilstätten im Wege stehen, sondern er sucht den inneren Verhältnissen auf den Grund zu gehen, um zu untersuchen, warum die Entwicklung nicht recht voran will.

Seine Darlegungen drehen sich, wie begreiflich, ausschließlich um die Arbeitstherapie und die Schwierigkeiten ihrer Einführung. Damit scheint mir aber die eigentliche Frage, die Errichtung von Nervenheilstätten, ganz und gar nicht erschöpft. Vielmehr halte ich es für durchaus notwendig, diese ganze Sache von einem weiteren umfassenderen Gesichtspunkt zu betrachten und von einem allgemeineren, ich darf wohl sagen, mehr ärztlichen Standpunkt aus die Frage zu erörtern, warum die Möbiussche Forderung, die Gründung von Nervenheilanstalten, so wenig gefördert wird.

Es wird vielfach darüber geklagt, daß bei den praktischen Ärzten gewöhnlich wenig Interesse und Verständnis für Nervenkranke vorhanden sei. Ich kann dieser Behauptung nicht so allgemein beipflichten, denn dafür sorgt schon das heutige Krankenpublikum, daß alle Ärzte sich mit neurologischen Kenntnissen befassen müßten. Wäre sie aber berechtigt, so würde dieser Umstand wohl nicht gegen, sondern eher für die Errichtung von Nervenheilstätten wirksam sein. Die Ärzte müssen ja ein Interesse daran haben, die

*) XXIII. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte. — Archiv f. Psychiatrie, Bd. 31, Heft 3.

**) Die Sanatorien für Nervenleidende und die Arbeitstherapie. — Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift, 1907, S. 341 ff.

*) Zur Eröffnung von Roderbirken. — Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift, 1906, S. 94.

ihnen „langweiligen“ und in der Sprechstunde „lästigen“ Kranken in sachgemäßer Weise unterzubringen, und wäre es auch nur, um sie los zu werden. Ich glaube also nicht, daß von seiten der praktischen Ärzte die Heilstättensache eine Hemmung erfahren hat.

Wichtiger halte ich die Tatsache, daß gerade in den Kreisen der zuständigen Fachgenossen zu viele Verschiedenheiten der Meinungen über die „Nervenkranken“ bestehen, welche nicht nur aus der Art der Vorbildung, sondern namentlich aus der Art der persönlichen Stellung und des Wirkungskreises, aus der Besonderheit ihres Krankenmaterials erwachsen. Gewisse Unterschiede der Auffassungen und Anschauungen ergeben sich schon dadurch, daß die „Nervenärzte“ einerseits aus der innern Medizin, andererseits aus der Psychiatrie hervorgehen, ein Gegensatz, der in neuerer Zeit in gewissen Kreisen leider noch besonders verschärft worden ist, anstatt daß die einzig richtige Verbindung von interner und psychiatrischer Vorbildung befördert wird. Wie verschieden ist aber auch das Krankenmaterial und die daraus gewonnene Erfahrung bei dem nur in der Sprechstunde praktizierenden Spezialarzt für Nervenkrankheiten und dem Inhaber eines Sanatoriums, der täglich und stündlich im Verkehr mit den Kranken steht, wie anders bei dem akademischen Lehrer und bei dem Anstaltspsychiater, bei dem Konsiliarius der praxis aurea und bei dem Leiter einer Pflegeanstalt, ganz zu schweigen von den besonderen Gebieten der Unfallsheilkunde, der Trinkerheilung, der Morphiumentziehung, der Epileptiker- und Idiotenfürsorge! In den der Nervenheilstättenfrage gewidmeten Erörterungen und in den Flugschriften sind auch die verschiedenartigen Interessen oft recht deutlich zum Ausdruck gekommen: ein Akademiker braucht eine Nervenheilstätte, um deren praktisch so wichtiges, aber in der Klinik schlecht zu beherbergendes Krankenmaterial für Unterrichtszwecke zu verwenden; ein Irrenanstaltsdirektor, um durch Verlegung der Rekonvaleszenten oder der im Initialstadium oder in der Intermission Befindlichen die überfüllten Anstalten zu entlasten; ein Unfallsspezialist, um die Unfallskranken zu beobachten und ihre Behandlung zu versuchen; ein Abstinenzler, um die noch fehlenden Trinkerheilstätten zu ersetzen. Ich glaube, daß diese **Verschiedenartigkeit der Meinungen und Bestrebungen die praktische Ausführung der Nervenheilstätten ganz erheblich gehindert hat**, wo es nicht gelungen ist, sie zu gemeinsamer Arbeit zu vereinigen. Wenn von so viel verschiedenen Seiten an eine Sache herangetreten wird, dann müßte es aber doch das richtige sein, ein Werk zu schaffen, das möglichst allen Ansprüchen gerecht werden kann. Sonderwünsche müßten ausgeschlossen sein.

Vielleicht wäre es nun auch mancherorts gelungen, in dem doch allen gemeinsamen Wunsch, den Nervenkranken zu helfen, etwas Brauchbares zustande zu bringen. Nun aber kam hinzu, daß **Möbius** für die ins Leben zu rufenden Nervenheilanstalten die Forderung stellte, es sollten nicht etwa „Krankenhäuser für Nervenkranke“, sondern **Arbeitsstätten** sein. Diesem Prinzip gegenüber verstummten alle Einzelbestrebungen; einer nach dem andern zog sich zurück, und die Folge war dann, daß überhaupt keine Nervenheilstätte gebaut wurde.

Das wesentlichste Hindernis in der ganzen Bewegung sehe ich also darin, daß die Gründung von Nervenheilstätten von vornherein verquickt wurde mit dem Verlangen nach Durchführung der Arbeitstherapie. Das muß einmal klar und deutlich ausgesprochen werden!

Die Behandlung von Nervenkranken mit Arbeit war eine theoretische Idee des „Theoretikers **Möbius**“, wie **Schwarz** ganz richtig angibt. Die praktische Ausführung dieser Idee hat **Möbius** selbst nicht erreicht, er hat nicht einmal „trotz vielfachen Überlegens einen genügend bestimmten detaillierten praktischen Vorschlag machen können.“ *) Er hat nur die Anregung gegeben, daß andere sich mit der Sache befassen sollen.

Das hatte **Möbius** richtig erkannt, daß nämlich eine Arbeitstherapie in seinem Sinne nicht in einer der vorhandenen Heilanstalten oder Sanatorien durchgeführt werden könne, daß also für seine Zwecke besondere eigenartige Anstalten erst errichtet werden müßten. Nun wurde aber dieser richtige Gedanke umgekehrt und der Standpunkt eingenommen: Nervenheilstätten könnten nur unter dem Grundsatz der Arbeitstherapie betrieben werden! Damit machte man alle Zweifler und Gegner der Arbeitstherapie zu Gegnern der Nervenheilstätten, und weil es nicht gelang, den Gedanken der Arbeitstherapie allgemein praktisch zu verwirklichen, so mußten auch die Nervenheilstätten ungebaut bleiben!

Möbius hat sich oft bitter beklagt, daß er mit seinen Bestrebungen so wenig Verständnis und Förderung, dagegen soviel Widerstand und Zurückweisung gefunden habe. Hätte er daraus nicht die Folgerung ziehen müssen, daß seine theoretischen Ideen und Forderungen zunächst einmal einer Revision bedürftig sein könnten? Mußte er sich nicht sagen, daß seine

*) **Schwarz**, a. a. O, S. 343.

Theorie, deren Durchführung in der Praxis weder ihm selbst noch andern gelingen wollte, vielleicht nicht genügend mit der Praxis und den tatsächlichen Bedürfnissen übereinstimmt? Und würde er dann nicht selbst darauf gekommen sein, daß er im Begriff war, in den bekannten häufigen Fehler zu verfallen, nämlich in eine unzulässige Verallgemeinerung einer in sachlich beschränktem Umfange durchaus guten und zweckmäßigen Idee?

So groß und unbestreitbar das Verdienst von Möbius ist, auf den Wert der Arbeit in der Behandlung von Nervenkranken hingewiesen zu haben, so ist er doch, wie ich glaube, daran gescheitert, daß er die Grenzen der Arbeitstherapie nicht erkannt hat. Gewiß, er konnte sie noch nicht kennen, weil eben die Sache noch nicht praktisch erprobt war. Wenn wir aber heute die Möbiusschen Bestrebungen weiter fördern wollen, so haben wir damit anzufangen, daß wir uns klar machen, wo diese Grenzen sind, was die Arbeitstherapie leisten und wo sie angewandt werden kann.

Glücklicherweise sind wir heute in dieser Erkenntnis schon ein gut Stück weiter. Es ist vor allem das Verdienst von M. Laehr, bahnbrechend und aufklärend gewirkt zu haben. Sein Wiener Vortrag „Beschäftigungstherapie für Nervenkranke" *) gibt eine Zusammenfassung der Erfahrungen, welche er in siebenjähriger Tätigkeit in Haus Schönow gesammelt hatte. Seine Darlegungen werden wir daher wohl als maßgebend für den derzeitigen Stand der Frage betrachten dürfen.

Als Voraussetzung der Arbeitsbehandlung nennt Laehr zweierlei:

1. „Der zu Behandelnde muß sich krank fühlen und eine Behandlung wünschen."

2. „Es darf bei ihm keine unüberwindliche Abneigung gegen die Arbeit vorhanden sein."

Nach diesen Gesichtspunkten schließt Laehr von der Behandlung aus „die an der Grenze von Gesundheit und Krankheit stehenden, noch voll leistungsfähigen und sich auch nicht krank und behandlungsbedürftig fühlenden Neuropathen", ferner „die nicht eigentlich Kranken, lediglich erholungsbedürftigen, leicht ‚nervös' gewordenen Menschen". Sodann ist „daran festzuhalten, daß die Arbeitsbehandlung von vornherein keinen Erfolg verspricht, wenn die betreffenden Kranken gemütlich oder intellektuell unfähig sind, irgendeine Wertung der Arbeit zu gewinnen und ihr deshalb dauernd gleichgültig oder feindlich gegenüberstehen". Deshalb ist auch bei Unfallsnervenkranken „der Erfolg am unsichersten". „Eine Kontraindikation bilden alle akuten Erschöpfungszustände, mögen sie sich nun mehr als körperliche oder psychische Reiz- oder Schwächeerscheinungen geltend machen."

*) Wiener klinische Wochenschrift, 1906, Nr. 52.

Wenn man nun nach diesen Gesichtspunkten das große Heer der Nervenkranken mustert, dann ist wohl ohne weiteres klar, daß es recht viele sind, die von der Arbeitstherapie ausgeschlossen werden müssen. Ich möchte sogar glauben, daß die Zahl dieser Zurückgewiesenen größer ist als die Zahl der „Neuropsychosen", welche ein günstiges Objekt für die Arbeitsbehandlung darbieten!

Wichtig ist namentlich die Feststellung, daß auch die Arbeitstherapie keinen Nervenkranken gegen seinen Willen zum Gesundwerden zwingen kann, was doch anfänglich in vielen Kreisen von ihr erwartet und erhofft worden ist. Dies betrifft zunächst die Unfallskranken, deren ärztliche Behandlung so viel umstritten und so wenig aussichtsreich ist. Windscheid, der sonst wohl die Arbeit als Heilmittel in besonders eingerichteten Anstalten zu empfehlen scheint,*) spricht sich im gleichen Sinne aus. Auch aus seinem jetzt von Schwarz**) veröffentlichten Brief geht hervor, daß er die Arbeit nur als Mittel zur Beobachtung und zur Unterstützung der Disziplin für wertvoll hält, während „man von tatsächlichen Erfolgen oder gar Heilungen bei uns (im Hermannhause) überhaupt nicht reden kann". Dazu stimmt also, wenn Laehr die Erfolge bei Unfallkranken am unsichersten nennt.***)

Es gibt aber noch große Gruppen von Nervenkranken, welche nicht traumatischen Ursprungs sind, jedoch der Behandlung gegenüber sich wie Unfallskranke verhalten. Da ist zunächst die bisher anscheinend noch wenig bekannte, aber von Jahr zu Jahr steigende Zahl derjenigen, welche im Anschluß an irgendeine Erkrankung, oft auch nur unter der Veranlassung oder befördernden Wirkung günstiger Familienverhältnisse sich die Invalidenrente erkämpfen oder festhalten wollen. Ich habe auf solche Fälle in

*) Vortrag im Reichsversicherungsamt am 27. April 1907. Ärztliche Sachverständigen-Zeitung, 1907, S. 239.

**) Schwarz, a. a. O., S. 379.

***) Die soeben von Worbs (Ärztl. Sachverständigen-Zeitung, 1908, S. 105) veröffentlichten Erfahrungen von Haus Schönow kann ich nicht „zufriedenstellend" finden. Im Gegenteil zeigen sie, daß selbst bei ausgesuchtem Material und unter besonders günstigen Umständen auch die Arbeitsbehandlung auf den endgültigen Verlauf der Unfallsneurosen einen entscheidenden Einfluß nicht hat.

der Diskussion über Hoches Referat über „die klinischen Folgen der Unfallgesetzgebungen"*) hingewiesen. Sie gehören in das Kapitel der „Rentensucht".

Sodann gibt es auch viele Kranke, die zwar keinerlei Rentenansprüche besitzen, die aber durch langes Kranksein schlaff und arbeitsscheu geworden sind, die daher lieber in den Krankenhäusern herumliegen und alle Instanzen öffentlicher und privater Fürsorge und Mildtätigkeit ausnutzen. In allen Ständen finden sich ferner auch Nervenkranke, welche kein Interesse daran haben, gesund zu werden, sondern sogar ein Interesse daran haben, krank zu bleiben, weil sie nur so Schonung, Rücksichtnahme und ein erträgliches Leben sich verschaffen können. Es sind das z. B. solche, welche durch unglückliche Berufs- oder Familienverhältnisse, unüberwindbare eheliche Differenzen und dergleichen gedrückt und zermürbt worden sind, bei denen das Gesundwerden nur Wiederholungen aussichtloser Kämpfe bringen würde.

Sind somit von der Arbeitsbehandlung alle diese ausgeschlossen, welche vielleicht wohl eine Behandlung, aber nur ja keine erfolgreiche wünschen und insbesondere der Arbeit ablehnend gegenüberstehen, so will Laehr auch diejenigen fernhalten, welche für die Arbeitstherapie nicht krank genug sind, also die nervös Erschöpften, lediglich Erholungsbedürftigen, denen sich übrigens auch die Rekonvaleszenten anschließen müßten. Laehr meint, daß für solche Kranke „einfache Ausspannung, leichte Ablenkung und Zerstreuung, Fußwanderungen oder gewisse Sportleistungen wieder das Gleichgewicht herbeiführen". Das mag in vielen Fällen zutreffen, und es werden auch äußere Gründe hinzukommen, welche bei manchen eine freie Behandlung und Erholung, vielleicht im Zusammensein mit Angehörigen, befürworten werden. In anderen Fällen wird es aber auch für solche Kranke wünschenswert sein, daß sie sich in eine Nervenheilstätte aufnehmen lassen, auch aus äußeren Rücksichten, z. B. für alleinstehende weibliche Kranke, welche nicht allein in die Welt hinaus reisen können. Wenn es sich gar um Kranke handelt, welche auf Kosten von Versicherunganstalten, Kassen, Vereinen oder Behörden eine Kur durchmachen sollen, so werden die betreffenden Instanzen es vorziehen, den Besuch einer Heilstätte zu bestimmen, als die Kranken in die unkontrollierbaren Verhältnisse eines Badeortes zu schicken.

Daß schließlich alle nicht psychisch-nervösen, also sämtliche organischen Nervenkranken überhaupt von der Arbeitstherapie ausgeschlossen sind, braucht wohl als selbstverständlich nicht weiter betont zu werden.

Wohin aber nun mit allen diesen „Nervenkranken", welche für die Arbeitsbehandlung nicht geeignet sein sollen? Kann man sie in der gleichen Heilstätte unterbringen, wie jene andern, welche zur Arbeitstherapie herangezogen werden? Zunächst möchte man diese Frage bejahen, und z. B. der praktische Versuch, den Götze in seiner Heilstätte Naunhof*) gemacht hat, scheint dafür zu sprechen. Wenn man aber die neuesten Darlegungen von Schwarz liest, so gewinnt man den Eindruck, daß die Entwicklung der Arbeitstherapie immer mehr auf besondere „Arbeitsstätten" hindrängt.

Laehr**) hat das offenbar schon früher befürchtet; er hat sich sogar ausdrücklich gegen das „Arbeitssanatorium" ablehnend verhalten und sich für ein „den verschiedenen Bedürfnissen des einzelnen Nervenkranken angepaßtes Krankenhaus" ausgesprochen, in dem nur „die Einrichtungen für die Arbeitsbehandlung die hervorragendste Stelle einnehmen." ***)

Aber Möbius selbst scheint im Laufe der Jahre immer extremer geworden zu sein. Noch 1898 sprach er in seiner These nur von der Gründung von Nervenheilanstalten, nicht von Arbeitstherapie. Wenn er aber schon im Oktober 1901 mit Haus Schönow unzufrieden ist, weil es „zu sehr Krankenhaus" ist†), und wenn er es für das richtige hält, daß der Kranke in einen wirklichen Betrieb eingefügt werde, so zeigt 1902 der Plan zur Kolonie Friedau††), daß er sich nicht so sehr die Heilung heilbarer Nervenkranker zum Ziel nahm, als vielmehr die Durchführung seiner Idee der Arbeitsbehandlung, und wäre das auch nur unter Heranziehung von Psychopathen möglich! Sein Ideal war eben das „weltliche Kloster", und ein Kloster ist wohl nicht in erster Linie eine Vorbereitungsstätte zum Wiedereintritt ins Leben, wie es eine „Heilstätte" doch sein sollte.

*) XXXII. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden, am 1. Juni 1907. Zentralblatt f. Nervenheilkunde 1907. S. 658. — Archiv f. Psychiatrie Bd. 43, Heft 3.

*) Über Nervenkranke und Nervenheilstätten. — Halle 1907.

**) Beschäftigungstherapie für Nervenkranke. — Wiener klin. Wochenschrift 1906. Nr. 52.

***) Bemerkungen zur Arbeitsbehandlung Nervenkranker. — Zeitschr. f. klin. Medizin 1903.

†) Schwarz a. a. O. S. 371.

††) Schwarz a. a. O. S. 375.

Auch Schwarz*) meint zwar noch, daß in einer Arbeitsstätte „auch manche andersartige Kranke, bei denen die Arbeit nicht so sehr direktes Heilmittel, als mehr oder weniger unentbehrliches Anregungsmittel für Körper und Geist ist, und die, mit Nervenschwachen vereinigt, diese nicht beeinträchtigen, hierbei zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse kommen". Er findet aber**), daß die Zusammensetzung des Patientenmaterials in Haus Schönow hemmend auf die rechte Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten gewirkt habe, und seine eigenen Ausführungen und Vorschläge***) lassen erkennen, daß in einer nach seinen Angaben betriebenen Heilstätte für nicht arbeitende Kranke schwerlich Raum vorhanden ist. Die Arbeitstherapie ist „selbstherrlich", sie ist „die" Therapie für funktionell Nervenleidende, „sie kommt nicht einfach einem Kurmittel gleich, das unter die z. Zt. gebräuchlichen eingereiht wird", so sagt Schwarz†).

Unter diesen Umständen ist es wohl die zweckmäßigste Lösung, wenn man eine Scheidung eintreten läßt zwischen den Arbeitsheilstätten einerseits und den, wenn ich so sagen darf, allgemeinen Nervenheilstätten andererseits. Das wird für beide Teile von Vorteil sein. Die Arbeitsheilstätten werden sich als Spezialität freier entwickeln können, wenn sie sich von vornherein auf ein für sie geeignetes Krankenmaterial beschränken dürfen und daher von vielen andersartigen an sie gestellten Anforderungen befreit werden. Sie werden zeigen können, was sie zu leisten vermögen!

Die Beschränkung der Arbeitstherapie nur auf solche Kranke, bei denen sie wirklich erfolgreich und notwendig ist, das ist eine Forderung, welche schon aus finanziellen Erwägungen erhoben werden muß. Man hat früher vielfach geglaubt, daß die Arbeitstherapie die Anlage und den Betrieb einer Nervenheilstätte billiger machen könne. Aber in Wirklichkeit ist gerade das Gegenteil der Fall, diese Tatsache zeigt jeder praktische Versuch. Laehr††) selbst ist nach achtjähriger Erfahrung in Haus Schönow nur so weit gekommen, „daß die Ausgaben der Arbeitsbehandlung hier — allerdings unter besonders günstigen äußeren Verhältnissen — jetzt ungefähr durch die dabei erzielten Einnahmen gedeckt werden!" Von einem pekuniären Vorteil kann also mal gar nicht die Rede sein, und wenn die „besonders günstigen äußeren Verhältnisse" nicht zu gebote stehen, so wird die Sache erst recht kostspielig. In einer Volksheilstätte kommt es aber nicht darauf an, eine kleine Gruppe von Kranken mit einem verhältnismäßig teuern Apparat zu behandeln, sondern eine möglichst große Anzahl unter möglichst geringen Kosten zur Heilung zu bringen. Hier würde es z. B. ausgeschlossen sein, daß ein so beneidenswert großer Stab von Ärzten, Schwestern, technischen Angestellten und freiwilligen Hilfskräften verwendet werden könnte, wie er dem Leiter von Haus Schönow zur Verfügung steht!

Über den Wert der Arbeitstherapie in den dafür geeigneten Fällen soll hier weiter nicht die Rede sein; ich nehme ihn als festgestellt an. Auch die aus finanziellen Gründen vielleicht gelegentlich sich erhebende Frage mag hier unerörtert bleiben, ob in diesen Fällen nur durch die Arbeitstherapie allein oder doch besser oder schneller ein Erfolg erzielt werden kann, oder ob es für Kranke, die gesund werden wollen, nicht auch ohne Arbeitsbehandlung auf andere billigere Weise eine Genesung geben würde.

Nur einen Punkt möchte ich hier noch erwähnen, der für die Zukunft von einer gewissen Bedeutung sein könnte, das ist die Frage der Dauererfolge. Ein sehr lehrreiches Kapitel darüber enthält die Geschichte der Lungenheilstätten. Diese haben die Erfahrung machen müssen, daß ihre glänzenden Heilerfolge vielfach auf die Dauer nur bedingten Wert haben und z. B. die Zahl der Invalidenrenten nicht zu vermindern vermögen. Der Grund dafür wird im wesentlichen darin gefunden, daß die genesenen Lungenkranken wieder in die ungünstigen häuslichen und beruflichen Verhältnisse zurückkehren und daher bald wieder erkranken. Man hat nun gesagt, dann solle man doch lieber sein ganzes Augenmerk auf die Hebung der sozialen Verhältnisse richten; dann brauche man überhaupt keine Lungenheilstätten mehr und könne die für diese verwendeten Millionen zur Verbesserung hygienischer und sozialer Mißstände benutzen.

(Schluß folgt.)

*) Schwarz a. a. O. S. 361.
**) Schwarz a. a. O. S. 375.
***) Schwarz a. a. O. S. 361 ff.
†) Schwarz a. a. O. S. 398.
††) Wiener klinische Wochenschrift 1906. Nr. 52.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VII.

Aus der Literatur des Jahres 1907 zusammengestellt

von *Ernst Schultze.*

(Fortsetzung.)

§§ 843. 842.

Der Ersatz für einen dem Verletzten bisher entstandenen Erwerbsverlust darf nicht lediglich nach dem Maßstabe gewisser, einem ärztlichen Gutachten entnommener Prozentsätze der geminderten Erwerbsfähigkeit des Verletzten festgesetzt werden. Zu ersetzen ist nach § 842 nicht irgendein abstrakt zu berechnender Schaden, sondern die Nachteile, welche die Handlung für den Erwerb oder das Fortkommen des Verletzten tatsächlich herbeiführt. Und auch die Sondervorschrift des § 843 will den Ersatz eines konkreten, tatsächlich entstandenen und weiter entstehenden Schadens regeln. Allerdings wird da, wo gemäß § 843 wegen andauernder Aufhebung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit eine Rente für die Zukunft festzusetzen ist, nicht immer ein realer gegenwärtiger Sachverhalt zugrunde gelegt werden können, sondern vielfach mit einer voraussichtlichen künftigen Entwicklung der Verhältnisse, wie sie dem normalen Verlaufe entspricht, zu rechnen sein. (R. G. VI. 14. Jan. 1907.) D. R. pag. 252. Entsch. Nr. 458.

§ 1298.

Die Parteien waren verlobt; die Beklagte trat von dem Verlöbnisse zurück. Mit Rücksicht auf diesen Rücktritt beantragte der Kläger auf Grund des § 1298 B. G. B., die Beklagte zur Zahlung von 8010,30 M. nebst 4% Zinsen seit dem 29. November 1904 zu verurteilen. Die Beklagte machte geltend, daß sie aus wichtigen Gründen zurückgetreten sei. Sie behauptete, der Kläger sei, wie sie erst nach der Verlobung erfahren habe, morphiumsüchtig, er sei ferner ein gewalttätiger Mensch, er habe sie als verrückt hingestellt, er habe ihr falsche Angaben über sein Einkommen gemacht, sein Bruder sei geisteskrank gewesen. Klage, Berufung und Revision wurden zurückgewiesen. Die Angriffe der Revision sind nicht begründet: das Berufungsgericht hat es mit Recht abgelehnt, bei Prüfung der Frage, ob ein wichtiger Grund zum Rücktritt von einem rechtsgültig geschlossenen Verlöbnisse im Sinne des § 1298 B. G. B. gegeben ist, die Grundsätze des B. G. B. über Ehescheidung entsprechend in Anwendung zu bringen. Auch die weitere Annahme ist nicht zu beanstanden, daß unter Umständen sachlich berechtigte, erhebliche Bedenken eines Verlobten gegen wesentliche Eigenschaften des andern Teils, die nachträglich entstanden, aber nicht frivol hervorgesucht sind, einen wichtigen Grund zur Ablehnung der Eheschließung bilden können. Dagegen ist daran festzuhalten, daß die gedachten Bedenken sich auf erhebliche Tatsachen stützen müssen, die nach der in den Gesellschaftskreisen der Verlobten herrschenden Auffassung bei einer sachlichen, die Umstände des einzelnen Falles berücksichtigenden Würdigung geeignet gewesen wären, den zurücktretenden Verlobten von der Eingehung des Verlöbnisses abzuhalten. Eine solche tatsächliche Grundlage ist von dem Berufungsgericht in bedenkenfreier Weise festgestellt worden. (R. G. IV. 24. Januar 1907.) J. W. pag. 178.

§ 1298.

Stellt sich bei einem Verlobten ein nervöses Leiden ein, so gibt dieses ihm nicht, wenn nicht die Heilung für absehbare Zeit ausgeschlossen ist, oder das Leiden einen solchen Grad erreicht hat, daß dem Verlobten nicht nur für jetzt, sondern auch für später die Eheschließung nicht zuzumuten ist, einen gerechtfertigten Grund, sich für immer von dem Verlöbnis frei zu machen. Es ist Pflicht des Verlobten, derartige aus einer Krankheit sich ergebende Hindernisse der Eheschließung zu beseitigen. (R. G. IV. 18. April 1907.) D. R. pag. 700. Entsch. Nr. 1447.

§§ 1333. 1334.

Bei Anfechtung einer Ehe wegen Irrtums über persönliche Eigenschaften des anderen Ehegatten oder wegen arglistiger Täuschung (Epilepsie des andern Ehegatten) kommt es nicht allein auf die objektive Frage an, ob die Kenntnis der Sachlage bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe e i n Mädchen oder e i n e n Mann von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würde, sondern auch subjektiv darauf, ob diese Voraussetzung unter Berücksichtigung a l l e r konkreten Umstände bei dem anfechtenden Ehegatten zutraf.

Diese Frage hat das Berufungsgericht aus Erwägungen tatsächlicher Natur verneint. Es hat ausgeführt, es könne bei Berücksichtigung aller tatsächlichen Verhältnisse nicht die Überzeugung gewinnen, daß die Klägerin, wenn sie schon vor der Eheschließung volle Kenntnis von dem Leiden des Beklagten erlangt hätte, dadurch von der Eingehung der Ehe abgehalten worden wäre. Neben der Fest-

stellung, daß die Klägerin nach Wahrnehmung des schweren epileptischen Anfalls aus der Zeit vor Weihnachten 1903 noch einmal den Beischlaf mit dem Beklagten vollzogen hat, legt das Berufungsgericht besonderes Gewicht darauf, daß, wie weiter tatsächlich festgestellt wird, in den Kreisen, denen die Klägerin angehört (Schuhmachermeisterstochter), die Furcht vor dem mit einer unehelichen Geburt verbundenen Makel eine große ist. Aus alledem wird gefolgert, die hochschwangere Klägerin würde, nachdem sie einmal vom Beklagten geschwängert worden sei, ihn auch bei voller Kenntnis seines Leidens geheiratet haben. (R. G. 15. April 1907.)

D. R. pag. 1069. Entsch. Nr. 2564.

(Fortsetzung folgt.)

Die Selbständigkeit der Anstaltsärzte.

Von Dr. *Sandner*-Ansbach.

Die in Nr. 51 dieser Wochenschrift von Resch-Eichberg gegen die Kommission erhobenen Angriffe haben Direktor Vocke-Eglfing zu einer energischen Abwehr in Nr. 1 dieser Blätter veranlaßt. Ichhabe eine derartige Entgegnung erwartet und erwünscht, da ich mir von der Form des Reschschen Angriffs keinerlei ersprießliche Weiterentwicklung der für die künftige Gestaltung des Anstaltsdienstes äußerst wichtigen Selbständigkeitsfrage verspreche, wie ich auch in den Vorschlägen des Herrn Dr. Resch keinen gangbaren Weg zur Schaffung der ziemlich allgemein begehrten selbständigeren Stellung erblicken kann. Was ich dagegen nicht erwartet habe, das ist einmal die Identifizierung, die ich auf Grund früherer Darlegungen seitens des Herrn Direktor Vocke mit den Reschschen Ausführungen und Forderungen zu Unrecht erfahre, und zum andern seine Stellungnahme zur Selbständigkeitsfrage. Beide Punkte veranlassen mich zur Entgegnung: aus persönlichen wie aus sachlichen Gründen.

Wer die Vockeschen Ausführungen liest, muß ohne weiteres den Eindruck gewinnen, als hätte ich mich vor kurzem in ganz analoger Weise wie Resch gegen die Kommissionsvorschläge geäußert und die Abwehr des Herrn Direktor Vocke zum Schutze „der angegriffenen Direktoren" und gegen „haltlose Verallgemeinerungen" habe auch auf mich Bezug. Daß ich die in den Darlegungen von Resch enthaltene Kritik der Kommissionstätigkeit zum mindesten in der Form als unzweckmäßig erachte, habe ich bereits oben angedeutet; mir kann es außerdem nur darauf ankommen, zu betonen, daß das, was ich zur Selbständigkeitsfrage in diesen Blättern sagte, in den Juli vergangenen Jahres fällt und somit jede kausale Beziehung zwischen meiner Äußerung und den aus dem Februar dieses Jahres stammenden Kommissionsvorschlägen von selbst wegfällt. Wer sich davon noch persönlich zu überzeugen wünscht, der braucht nur die Ausführungen selbst zu lesen und wird dann sofort zu der Einsicht kommen, daß von einem Angriff auf die Kommission, auf die Direktoren und von haltlosen Verallgemeinerungen keine Rede sein kann. Ich wollte das lediglich konstatieren und lege im übrigen dieser Seite der Angelegenheit wenig Bedeutung bei; wichtiger erscheint mir die Sache selbst, da nach meiner Überzeugung mit der Art der Lösung der Selbständigkeitsfrage die Behebung, gegebenenfalls aber auch die Verschlimmerung der Ärztenot Hand in Hand geht; vor allem wolle man dabei auch bedenken, daß selbst bei vollbesetzten Arztstellen an einer Anstalt doch noch ein qualitativer Ärztemangel bestehen kann, eine Gefahr, die da um so größer sein wird, wo sich gute Gehaltsverhältnisse mit mangelnder Selbständigkeit verbinden. Es ist nun selbstverständlich jedermanns Recht, seinen Teil zur Lösung der Frage, sofern er überhaupt Interesse daran hat, beizutragen und bei der Aufdeckung der ursächlichen Momente seine Erfahrungen zur allgemeinen Kenntnis zu bringen, wie er auch die Mittel und Wege, von denen er sich Abhilfe verspricht, zur Diskussion stellen kann. Das habe ich in Nr. 15 vorigen Jahrgangs getan und was ich dort forderte und andere ebenso wie ich für ein Hauptmoment in der Lösung der Ärztefrage betrachten, bezeichnet Herr Direktor Vocke heute als eine Utopie, über die man in Berlin hoffentlich nicht wird diskutieren müssen. Es freut mich nun, demgegenüber konstatieren zu können, daß ich die von mir allgemein verlangte, jetzt als utopisch verworfene Selbständigkeit der Anstaltsärzte an der Anstalt, an der ich tätig sein darf, seit Jahren durchgeführt sehe, daß daraus noch nie ein Nachteil für die Kranken, für den Dienst und für die Leitung entstanden ist und daß für diese gern gewährte Selb-

ständigkeit noch jeder Arzt dem Anstaltsleiter Dank wußte und jederzeit wissen wird. Freilich solche Utopien, wie die wandernde Anstaltsspitze des Herrn Resch hat noch niemand hier verlangt, wohl gerade deshalb, weil das selbständige Wirken des Anstaltsarztes ihm die beste Lehre für die Notwendigkeit einer stabilen Spitze der Anstalt ist.

Nach wie vor bin ich der Überzeugung, daß an dem Ärztemangel zwei Momente schuld sind: das ist einmal die ungenügende Bezahlung und zum andern die unbefriedigende Tätigkeit, die ihren Grund hat in der von selbständigen Naturen drückend empfundenen, die Schaffensfreudigkeit hemmenden und daher abstumpfend wirkenden Unselbständigkeit.

Daß dem so ist, wird hinsichtlich der Gehaltsverhältnisse allgemein bestätigt; bezüglich der Selbständigkeitsfrage sind die Meinungen leider geteilt und gerade darin erblicke ich eine große Gefahr. Die Bezüge werden notgedrungen überall bessere werden und nur zu leicht kann es dazu kommen, daß sich da und dort gute finanzielle Verhältnisse mit der alten Unselbständigkeit verbinden. Die Folge wird ein erhöhtes Angebot sein, aber auch ein Rückgang der in die Anstaltskarriere eintretenden, zu eigenem Schaffen drängenden Naturen. Jeder junge Arzt bestätigt, daß die bisherige Unselbständigkeit der Anstaltsärzte unter den von der Universität abgehenden Medizinstudierenden bekannt ist und als Moment gegen den Eintritt in die Anstaltslaufbahn geltend gemacht wird. Daß daher hier dringend Wandel geschaffen werden muß, halte ich für selbst verständlich; es wird dies ja auch ziemlich allgemein zugegeben, nur über die Grenzen der Selbständigkeit gehen die Meinungen auseinander. Der eine gewährt sie den Oberärzten, die kontrollierend über den Abteilungen stehen und selbst keine führen, der andere meint, darin nichts Verlockendes zu erblicken und verzichtet daher von vornherein auf die Anstaltskarriere. Ein anderer glaubt, daß ein approbierter Arzt, der doch draußen im Leben dank seiner Approbation ärztlich wirken darf und gegebenenfalls für seine Maßnahmen vor dem Gesetz einzustehen hat, wenn er drei oder fünf Jahre Assistent der Anstalt war, recht wohl eine Abteilung selbständig führen kann; wieder ein anderer nennt solche Forderung eine Utopie. Trotzdem meine ich, es dürfte manches darauf hindeuten, daß die endgültige Lösung auf diese Forderung hintreibt, ja daß in ihr überhaupt die einzige Möglichkeit zur Behebung des Ärztemangels liegt. Es vermag auch wohl manch anderer nicht einzusehen, daß die Kranken Schaden leiden sollen, wenn an einer Anstalt beispielsweise vier selbständige Abteilungen bestehen, deren Inhaber nach den vom Vorstand ausgehenden Grundprinzipien ohne kontrollierenden Oberarzt ihre Schlafmittel verschreiben, Bäder anordnen, die amtlichen Anfragen erledigen und die Begutachtungen vornehmen; handelt es sich um Versetzungen, Entlassungen, um besondere Maßnahmen, wie schwerere operative Eingriffe, dann gewähren neben gemeinsamen Visiten die täglichen Konferenzen, bei denen jeder Abteilungsarzt über seine Abteilung referiert, den Ort der Aussprache; wer verdient eine derartige Selbständigkeit zu genießen, der wird auch so verständig sein, sich von seinem im Anstaltsdienst bewährten Vorstande gegebenenfalls Rat zu erholen. Eine derartige Tätigkeit bringt Verantwortungsgefühl mit sich, wirkt anregend und wird daher erstrebenswert; für Beschwerden der Kranken steht diesen der Weg zum Anstaltsvorstand offen und wenn denn der Instanzenweg auch in der Krankenbehandlung seinen Einzug halten muß, dann bürgt e i n e Instanz auf jeden Fall für eine raschere Erledigung als zwei.

Die bisherige weitverbreitete Unselbständigkeit der Irrenärzte hat erwiesenermaßen den Zuzug so empfindlich gehemmt; die Forderung nach Selbständigkeit ist daher eine Notwendigkeit und eine Utopie ist ihre Durchführung auch nicht. Darum sind Verfechter solcher Forderungen auch keine Schwärmer; weil aber die bisherige Nichtgewährung dieser Forderungen an vielen Anstalten zu einem vor dem Eintritt in die Anstaltskarriere abschreckenden Moment geworden ist, halte ich es für gefährlich, den sogenannten Selbständigkeitsschwärmern nun noch zum Fernbleiben vom Anstaltsdienst zu raten; ich meine sogar in ihnen ein belebendes Moment für die fernere Entwicklung der Anstaltspsychiatrie erblicken zu dürfen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 5. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**
Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der Provinz.-Pflegeanstalt zu Eickelborn in Westf. (Bahnstation Benninghausen der Strecke Soest-Paderborn), mit deren vom letzten Provinziallandt. beschlossenem Ausbau zu einer Heil- und Pflegeanstalt von 1400 Plätzen in kurzer Zeit begonnen wird, ist die Stelle eines

Abteilungsarztes

zu besetzen. Gehalt 3300—5000 M., 2 jährlich steigend. Für Verheiratete in spätestens 2 Jahren bestimmt Familienwohnung mit Garten. Psychiatrische Vorbildung erforderlich. Feste pensionsfähige Anstellung nach ½ jähriger Probezeit, evtl. sofort. Meldungen mit Lebenslauf etc. an die Direktion.

An der Herzoglichen Heil- und Pflegeanstalt in **Königslutter** bei Braunschweig (20 Minuten Bahnfahrt nach dort) ist die Stelle eines

Assistenzarztes

baldigst zu besetzen. Remuneration neben völlig freier Station in I. Klasse 1800 M., jährlich um 300 M. bis 2400 M. steigend. Bei Bewährung erfolgt nach vollendetem 3. Dienstjahre Anstellung als Anstaltsarzt, freie Dienstwohnung, Gehalt 3000 bis 5400 M. in 14 Jahren. Die Anstalt hat 670 Kranke und 6 Arztstellen. Bewerber wollen Approbation, Lebenslauf und Zeugnisse an den Unterzeichneten einsenden.

Medizinalrat Dr. Gerlach.

An der westpreußischen Provinzial-Irrenanstalt Conradstein bei Pr. Stargard — ca. 1400 Kranke, 10 Aerzte — sind zwei

Assistenzarztstellen

zu besetzen.

Das Gehalt beträgt 2100 M. jährlich, daneben wird freie Verpflegung I. Klasse, Wohnung und Wäsche im Jahreswerte von 1125 M. gewährt. Auswärtige Dienstzeit im Staats- oder Kommunaldienste kann angerechnet werden.

Jüngere unverheiratete Herren wollen ihre Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnissen einsenden an den Direktor

Dr. Kroemer, Geh. Med.-Rat.

Kreisirrenanstalt Erlangen.

Für die hiesige Anstalt wird eine

2. Oberpflegerin

gesucht. Jährlicher Anfangsgehalt M. 690 mit Aufbesserung nach 3, 5 und 9 Jahren nebst voller freier Verpflegung in II. Klasse.

Nach 30 jähriger treuer Dienstzeit ist bei Dienstunfähigkeit Aussicht auf Pension gegeben.

Verlangt wird gute Schulbildung, Umsicht, Tatkraft, wenn möglich bereits auch Erfahrung in der Irrenpflege.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Gesundheitsattest, Zeugnisabschriften über bisherige Wirksamkeit sind an die Königl. Regierung von Mittelfranken zu richten und bei der unterfertigten Direktion einzureichen.

Persönliche Vorstellung unerläßlich.

Erlangen, 4. April 1908.

Kgl. Direktion d. Kreisirrenanstalt Dr. Würschmidt, kgl. Medizinalrat.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823

Nr. 5. 25. April 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Ein Absonderungshaus für geisteskranke Typhusbazillenträger (weiblichen Geschlechts).

Von Dr. *Clemens Neisser*, Direktor der Schlesischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Bunzlau.

Wie im Jahresbericht der Anstalt für 1906 näher von mir mitgeteilt ist, haben wir alle Insassen der Anstalt Bunzlau, weil seit Dezennien von Zeit zu Zeit immer wieder Typhus- und Ruhrfälle, teils vereinzelte, teils mehr gehäufte, aufgetreten waren, im vorigen Jahre nach der Überwindung einer erheblicheren Endemie beider Erkrankungsformen einer systematischen Durchuntersuchung auf Bazillen in den Dejektionen unterwerfen lassen. Das Medizinaluntersuchungsamt der Kgl. Regierung zu Liegnitz übernahm täglich bis zu 5, das Kgl. Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin täglich bis zu 35 Stuhlproben, die durch Eilbotensendung befördert wurden, zur Untersuchung; es wurden insgesamt über 2000 Proben untersucht, und zwar jede einzelne auf Typhus und Paratyphus sowie Dysenterie und die verschiedenen Typen der Pseudodysenterie. Das Ergebnis war, daß kein einziger Ruhrbazillenträger, wohl aber **14 Typhusbazillenträger,** 2 männliche und 12 weibliche aufgefunden wurden. Ist dies schon an sich eine in analogen Verhältnissen fast noch nie beobachtete Zahl, so ist dieselbe um so bemerkenswerter durch die Tatsache, daß bei Feststellung derselben bereits mehr als ein halbes Jahr seit dem Auftreten der letzten Erkrankungsfälle verflossen war.

Die epidemiologische Bedeutung der Bazillenträger halte ich trotz der zahlreichen und zum Teil sehr instruktiven Arbeiten der letzten Zeit noch nicht für völlig aufgeklärt. Über unsere hiesigen Erfahrungen in praktischer und wissenschaftlicher Beziehung soll an anderer Stelle Bericht erfolgen.*) Auf alle Fälle konnte ein Zweifel darüber nicht obwalten, daß diese mögliche Infektionsquelle unschädlich gemacht werden mußte.

Die vorgesetzte Behörde hat — neben neuer Wasserversorgung und Kanalisation und neben den umfassendsten Reform- und Sanierungsumbauten, von denen kein einziger Raum der Anstalt unberührt bleibt — die Erstellung eines besonderen Absonderungshauses für die (weiblichen) Bazillenträger genehmigt; das Haus ist bereits unter Dach gebracht und wird im Laufe dieses Sommers bezogen werden. Da es der erste Bau dieser Art ist und Vorschläge oder ein Modell dafür meines Wissens bisher nirgends existieren, dürfte es für die Fachgenossen von Interesse sein zu erfahren, wie wir die Lösung dieser Aufgabe versucht haben.

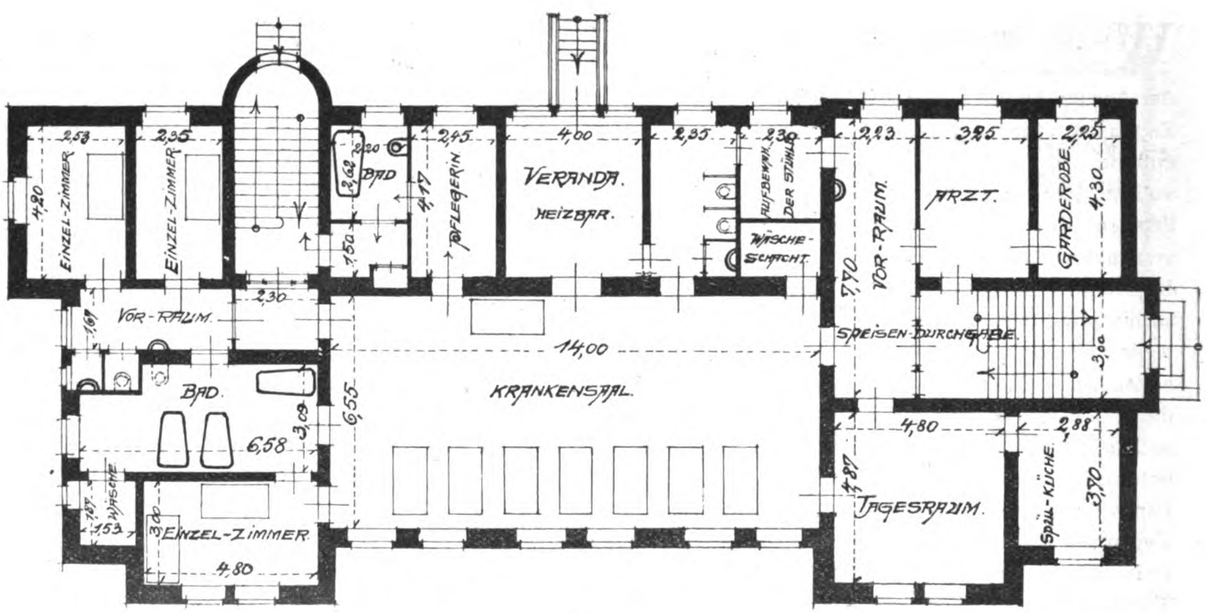
Die Unschädlichmachung der chronischen Bazillenträger durch Zellenisolierung ist bei einer so großen Zahl einmal kaum durchführbar, außerdem aber wäre ein solches, Monate und Jahre durchgeführtes Regime weder vom psychiatrischen Standpunkte erwünscht noch vom hygienischen Standpunkte zweckmäßig. Denn die durch die Isolierung unausbleiblich gesteigerte Verwahrlosung der Kranken erhöht naturgemäß ihre hygienische Gefährlichkeit, wie beispielsweise auch die Erfahrungen der Anstalt Hördt lehren. Bei der inneren Anlage des Absonderungshauses leitete uns demgemäß hauptsächlich der Gesichtspunkt, daß die Kranken trotz der Absonderung in unveränderter Weise ihrem individuellen psychischen Krankheitszustande gemäß untergebracht und behandelt werden sollen, und dazu trat der zweite Hauptgesichtspunkt möglichst vollständigen Schutzes des Pflegepersonals

*) Die wichtigsten Ergebnisse sind von Dr. Heilemann, Abteilungsarzt an der hiesigen Anstalt, in einem im Verein Ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau am 14. Dezember v. J. gehaltenen Vortrage dargelegt worden.

gegen Infektion und die Verhinderung indirekter Weiterübertragung des Virus!

Das Absonderungshaus ist ein zweigeschossiger Bau, unterkellert und mit einigen ausgebauten Dachräumen. Erstes und zweites Geschoß gleichen sich in der Anlage vollkommen. Ich kann mich deshalb auf die Beschreibung der Räume des Erdgeschosses beschränken, deren Lagebeziehung aus der Zeichnung ersichtlich ist.

Man gelangt zur Abteilung durch den Haupt-Treppenaufgang an der Schmalseite des Gebäudes. Den Treppenpodest schließt eine Glastür mit einem Durchgabeschalter ab, durch welchen ausschließlich der Verkehr zur Abteilung vermittelt wird. Auch die Speisen werden nur durch diesen Schalter durchgereicht, ohne daß die Abteilung selbst betreten wird. Einzig und allein das ärztliche Zimmer hat seinen Zugang direkt vom Treppenpodest aus. Dort legt der Arzt seine Überkleider ab, um sich danach innerhalb der Abteilung in dem anstoßenden geräumigen Vorraum mit dem daselbst aufbewahrten Waschmantel zu bekleiden. Den Mittelpunkt der Abteilung bildet ein 14 Meter langer und $6^1/_2$ Meter tiefer, hoher und lichter Krankensaal, der zunächst nur für etwa sieben Kranke bestimmt ist, mit einem anstoßenden „Einzelzimmer“, welches Betten für zwei weitere Kranke enthält. Von beiden Räumen aus gelangt man direkt in den Wasch- und Baderaum mit drei Wannen, an welchen noch ein kleiner Vorratsraum für saubere Wäsche angegliedert ist. Auf der anderen Seite öffnet sich der Saal in einen freundlichen Tagesraum, durch welchen hindurch man in die Spülküche gelangt. Letztere hat also keinen direkten Zugang. Mit Rücksicht auf die besondere Infektiosität der Eßgeräte schien diese Anordnung zweckmäßig.



An der inneren Langseite des Krankensaales öffnen sich nun eine Reihe von Nebenräumen: vom Eingang zunächst ein kleiner Raum, in welchem der Einwurf der Schmutzwäsche sich befindet; dieselbe fällt durch einen Schacht aus glasiertem Tonrohr in einen großen mit $1^1/_2$% Roh-Lysoform gefüllten Bottich im Kellergeschoß, wo dann die Desinfektion und Vorwäsche statthat und von wo die Wäsche mit direktem Ausgange wegbefördert wird. Die nächste Tür vom Krankensaal führt zum Klosettraum. Dort sind zwar (im Hinblick auf eventuell späteren anderen Gebrauch der Abteilung) alle Abfallrohre und Anschlüsse vorgesehen, aber kein Klosett ausgebaut. Es stehen vielmehr nur leicht desinfizierbare Nachtstühle aus Metall bezw. Geschirre zur Verfügung der Kranken, da alle Dejektionen zur Desinfektion und zum Teil zur Untersuchung gelangen müssen. Ein Nebenraum dient der Aufbewahrung der Stühle und der Weiterbehandlung derselben. Wie aus der Zeichnung ersichtlich ist, kann der Arzt zu diesem Raume gelangen, ohne den Krankensaal zu betreten. Die desinfizierten Dejektionen werden durch einen besonderen Ausguß, der den Kranken nicht erreichbar ist, in den Kanal gegossen. Von der Mitte des Krankensaales aus geht der Zugang zu einer geräumigen, geschlossenen und heiz-

baren Veranda, von wo aus eine Treppe zum Garten führt. Die Kranken sind zum Ein- und Ausgang in die Abteilung ausschließlich auf diese Treppe angewiesen. Es soll dadurch die anderwärts betonte Gefahr, daß durch die Schuhsohlen virulentes Material verbreitet werden könnte, bekämpft werden.

Dann folgt ein mit einem Beobachtungsfenster versehenes Pflegerinzimmer, welches Raum für zwei Betten bietet und wo die Pflegerinnen, sofern nicht Wache angeordnet wird, schlafen. Dicht am Pflegerinzimmer, nur von diesem aus zugänglich, ist ein Klosett zum ausschließlichen Gebrauch für die Pflegerin und eine Badewanne angebracht. Vor dem Verlassen der Abteilung, namentlich aber, wenn sie sich zum Essen begibt, hat die Pflegerin das Bad zu benutzen und ihre (infizierte) Oberkleidung im Baderaum zurück zu lassen. In einem besonderen losgetrennten Vorraum legt sie saubere Oberkleidung an und gelangt von dort in ein nur für das Personal reserviertes Treppenhaus. Diese Treppe führt nach unten in einen Teil des Kellergeschosses, wo, völlig abgetrennt von der Abteilung und auch vom sonstigen Verkehr, der Speiseraum für das Pflegepersonal mit einer besonderen Spülküche und dem nötigen Nebengelaß (Garderobe, Klosett) sich befindet. Nach oben führt die erwähnte Treppe zu einem ruhigen abgelegenen Schlafraum im Dachgeschoß zum Ausruhen für die Nachtwache.

Endlich sind noch mit einem besonderen Vorraum zwei Einzelzimmer vorgesehen, deren eins als Zelle ausgebaut ist. Im Vorraum ist wieder ein Raum für die Aufstellung eines Nachtstuhles und ein Nebenraum für die Aufbewahrung, Desinfektion und den Ausguß der Fäkalien eingerichtet. Die räumliche Beziehung zum Badezimmer ermöglicht es, daß in einem dieser Einzelzimmer auch die Behandlung eines etwaigen akuten Erkrankungsfalles sehr wohl durchführbar ist.

Wir hoffen, daß durch diese Anordnung der Räume sowohl die Unschädlichmachung der Dejektionen als auch ein Schutz gegen direkten und indirekten Kontakt gewährleistet ist, ohne daß die freie Bewegung und Behandlung der Kranken beeinträchtigt würde. Wer die Schrecknisse schwerer endemischer Krankheiten in überfüllten Irrenanstalten alten Stiles aus eigener Erfahrung kennen gelernt hat, wird es uns nachfühlen, daß wir uns der vorgesetzten Behörde für die munifizente Gewährung und Einrichtung dieses Absonderungshauses für Bazillenträger zu aufrichtigem Dank verpflichtet fühlen. Einen ganz besonderen Dank aber möchten wir nicht unterlassen auch an dieser Stelle an Herrn Landesbaurat Blümner zu richten, welcher auf alle Wünsche und Vorschläge bereitwilligst eingegangen ist und die gebotenen Gesichtspunkte, man darf wohl ohne Übertreibung sagen, mit geradezu genialer Leichtigkeit und Eleganz konstruktiv durchgeführt hat.

Mehr Nervenheilstätten!

Von Dr. *Ernst Beyer*, Chefarzt der Rheinischen Volksheilstätte für Nervenkranke, Roderbirken bei Leichlingen.

(Schluß.)

Ähnliche Einwände könnten nun auch gegen die Nervenheilstätten erhoben werden, wenn man mit zu extremen Forderungen auftritt und für eine spezielle Behandlungsart besondere Ansprüche machen will. Auch der durch Arbeitstherapie Geheilte kehrt in seine alten Verhältnisse zurück, deren Gestaltung er meist nicht in der Hand hat. Wird er widerstandsfähiger sein als ein anderer, der nur eine gewöhnliche Erholungskur mit den alten Behandlungsmethoden durchgemacht hat?

Daß die auf dem Grundsatz der Arbeitsbehandlung stehende Heilstätte allein nicht imstande ist, jeden Kranken voll erwerbsfähig unmittelbar wieder ins Leben hinaus zu senden, das beweist die notwendig gewordene Gründung des „Birkenhofs" bei Haus Schönow. Noch klarer zeigt dies Schwarz mit seinen neuen Plänen*), die schon beinahe in das Gebiet des Zukunftsstaates hineinreichen. Solche Einrichtungen werden ja nun wohl geeignet sein, die Erfolge der Behandlung zu verbessern und vorläufig zu sichern. Ob sie aber die Dauererfolge besser gewährleisten, das ist eine andere Frage, denn das spätere Ergehen der entlassenen Pfleglinge haben auch sie nicht in der Hand.

Sehen wir also, daß die Entwicklung der Arbeitstherapie schon zu einer weiteren Differenzierung von Heilstätten und besonderen „Betriebsstätten" geführt hat, so ergibt sich daraus noch mehr, daß die Arbeitsbehandlung eine Sache für sich ist, welche die große Masse der Nervenkranken nicht mitmachen

*) Schwarz, a. a. O., S. 376.

kann oder doch nicht mitzumachen braucht. Ich halte es daher für das richtige, wenn man die Arbeitsheilstätten, die für eine begrenzte Gruppe von psychisch-nervösen Kranken bestimmt sind, ihren eignen Weg gehen läßt. Aber nun sollen sie auch davon ablassen, sich allein als „die" Nervenheilstätten zu bezeichnen und von ihrem Gedeihen allen Fortschritt in der Heilstättenbehandlung von Nervenkranken überhaupt abhängig zu machen!

Wenn wir nun daran gehen wollen, Nervenheilstätten zu gründen, deren ärztlicher Betrieb nicht ausschließlich auf dem Grundsatz der Arbeitstherapie aufgebaut werden soll, so werden wir doch die Arbeit aus ihnen keineswegs verbannen. Wir werden allerdings davon auszugehen haben, daß die Heilstätte ein Krankenhaus ist und kranken Menschen zur Wiedererlangung der Gesundheit verhelfen soll. Deshalb sollen aber die Kranken nicht untätig herumliegen. Ganz im Gegenteil! Die Eigenart der Heilstätte, ihr Unterschied gegenüber einem gewöhnlichen Krankenhaus, soll eben darin zum Ausdruck kommen, daß in ihr, entsprechend dem besonderen Krankenmaterial, ein intensiver Betrieb herrscht, bei dem die Kranken nicht als Objekt der Behandlung sich rein passiv zu verhalten haben, sondern aktiv mitarbeiten und sich betätigen müssen. Die Arbeit wird daher in unserm Programm eine große und wichtige Rolle spielen, und zwar in mehrfacher Hinsicht.

Zunächst brauchen wir die Arbeit, um unsere Kranken zu beschäftigen, um ihnen die Stunden auszufüllen, die nicht durch ärztliche Verordnungen, Bäder, Turnen, Spaziergänge usw. besetzt sind. Was in den Sanatorien für die wohlhabenden Kranken oft nur mühsam durch besondere Veranstaltungen und Vergnügungen erreicht werden kann, das leistet uns in der Nervenheilstätte die Arbeit: sie dient uns zur Unterhaltung, zur Zerstreuung, zur Ablenkung und zur Anregung unserer Pfleglinge. Weiter verhilft sie uns dazu, daß unsere Kranken in Bewegung und in Übung ihrer Kräfte bleiben oder wieder gelangen. Sie ist auch in gewissem Sinne ein Mittel zur Aufrechterhaltung der Disziplin, und namentlich, wie es auch Laehr und Windscheid betonen, ein wertvolles Beobachtungsmittel, das uns wichtige Einblicke in das geistige und körperliche Verhalten der Kranken darbietet. Endlich hilft sie in vielen Fällen den Wiedereintritt ins Leben vorbereiten und den Genesenden den Übergang von der durch die Krankheit erzwungenen Ruhe zur alten Tätigkeit erleichtern.

Ich weiß wohl, daß das alles keine „Arbeitstherapie" im strengen Sinne ist. Aber das soll es auch nicht sein, und mit der Bezeichnung der Arbeit als „Heilmittel" hat mein ärztliches Gewissen sich überhaupt nie befreunden können. Aber wenn man keine „Arbeitstherapie" treibt, soll man deshalb die Arbeit in anderer Weise in der Heilstätte nicht verwenden dürfen? Ich glaube, daß wir mit unserer Verwertung der Arbeit im Betrieb unserer Heilstätte mindestens die gleichen Erfolge erzielen wie die „Reformer" in der Arbeitsheilstätte, und daß bei uns noch mehr gearbeitet wird als dort, weil wir die Arbeit nicht ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der geistigen Hebung nach besonderen Abmessungen eigens verordnen, sondern sie zunächst als etwas Selbstverständliches und Allgemeingültiges durchführen, wozu dann erst noch die individuellen Anordnungen kommen.

Möbius*) hat es zwar für „Unsinn" erklärt, wenn man „Beschäftigung verordnet wie Massieren und Elektrisieren". Deshalb ist aber die „Beschäftigung" doch nicht ganz wertlos, und z. B. in der Rasemühle wird die Arbeit so verordnet, daß sie jeden zweiten Tag vor- und nachmittags je eine oder zwei Stunden ausgeführt werden muß.**) Wie würde Möbius dies „Mechanisieren" wohl beurteilen? Und doch hat es seine Berechtigung, denn in einem Anstaltsbetrieb ergibt sich so etwas auf die Dauer ganz von selbst, und es ist auch gar nichts dagegen zu sagen, daß die große Menge der Kranken in Gruppen sich zusammenfindet und nach einem allmählich sich herausbildenden Schema ihre Verordnungen ausführt. Ganz ohne handwerksmäßige Routine geht es eben nirgends zu, auch nicht in der individuellsten Kunstausübung.

Ich muß es mir versagen, über die Durchführung des Arbeitsbetriebes hier auf Einzelheiten einzugehen. Meine Erfahrungen in unserer Heilstätte Roderbirken sind insofern einseitig, als hier nur weibliche Kranke verpflegt werden. Das wird aber von allen Sachkundigen hervorgehoben, daß die weiblichen Nervenkranken sich durchschnittlich anders verhalten als die männlichen.***) Die bisherigen Veröffentlichungen in der Literatur befassen sich im wesentlichen mit männlichen Kranken, und Schwarz†) betont, daß seine Vorschläge nur für solche gedacht sind. Gerade deshalb werden aber unsere Erfahrungen in Roderbirken in mehrfacher Hinsicht bedeutungsvoll und lehrreich sein können, weil hier

*) Schwarz, a. a. O., S. 397.
**) Schwarz, a. a. O., S. 378.
***) Götze, a. a. O., S. 35.
†) Schwarz, a. a. O., S. 361.

zum ersten Male eine Heilstätte für 145 ausschließlich weibliche Nervenkranke geschaffen worden ist. Ich halte es jedoch für verfrüht, heute schon von unseren Erfahrungen zu sprechen, wenn ihnen auch schon über 800 Aufnahmen zugrunde gelegt werden könnten.

Etwas anderes aber wird man schon jetzt aus dem Beispiel von Roderbirken lernen können, und das scheint mir sehr wichtig zu sein, nämlich die Abgrenzung des Krankenmaterials. Wie ich 1906 bei Eröffnung unserer Heilstätte dargelegt habe*), sind wir bei der Auswahl unserer Kranken streng in der Ablehnung aller derer, welche in das speziell psychiatrische Gebiet gehören. Dagegen beschränken wir uns nicht auf eigentliche Nervenkranke, wir verlangen gar nicht den Nachweis des Nervösseins, sondern öffnen die Heilstätte überhaupt allen heilbaren Kranken, Rekonvaleszentinnen und Erholungsbedürftigen. Das hat sich bisher vollkommen bewährt.

Ich habe es wohl erwartet, daß diese ganz wesentliche Erweiterung unseres Arbeitsfeldes von manchen Kollegen nicht für richtig gehalten werde, und war daher gar nicht erstaunt, als Epstein**) auf dem Internationalen Kongreß in Mailand (September 1906) mit offenbarem Entsetzen die in Roderbirken geltenden Grundsätze der Mitwelt darlegte: er will diese schöne neue Wohlfahrtseinrichtung wohl herzlichst begrüßen, aber die Irrenärzte sollen damit nichts mehr zu tun haben. Dagegen plädiert er dafür, daß die Nervenheilstätten an die Irrenanstalten angegliedert werden. Seine Gründe dafür sind im Interesse der Irrenanstalten wohl begreiflich. Aber vom Standpunkt der Nervenkranken und der Nervenheilstätten halte ich Epsteins Vorschlag für eine wenig glückliche Idee, die den gesetzlichen Verhältnissen und praktischen Bedürfnissen gar nicht entspricht. Wenn er z. B. meint, durch die Angliederung der Nervenheilstätte werde das übliche Vorurteil des Publikums gegen die Irrenanstalten „ganz zum Schwinden gebracht werden", so kann ich diese Hoffnung absolut nicht teilen. Ich vermute vielmehr, daß das gegen die Irrenanstalten nun einmal bestehende Vorurteil ganz einfach auch auf die Nervenheilstätten sich ausdehnen, und daß praktisch wenig oder gar nichts gewonnen wird. Mit dieser Auffassung werde ich wohl nicht allein stehen. In Göttingen zum Beispiel, wo tatsächlich eine Verbindung zwischen der Provinzialirrenanstalt und dem Provinzialsanatorium Rasemühle besteht, ist Cramer*) mit bewußter Absicht bemüht, diesen Zusammenhang äußerlich möglichst wenig in die Erscheinung treten zu lassen. Die Abneigung und das Vorurteil des Publikums ist ja nun einmal vorhanden, daran kommt man nicht vorbei.

Eher noch will ich zugeben, daß der in Roderbirken für die Aufnahme der Kranken maßgebende Gesichtspunkt der Heilbarkeit oder Wiederherstellbarkeit nicht auch für alle anderen Nervenheilstätten gültig sein muß. Ich kann mir wohl denken, daß man anderswo, wo eine andere finanzielle Basis vorhanden ist, auch unheilbare, z. B. organische Nervenkranke zur Pflege aufnehmen wird, denn mit der Gründung eigener „Nervenpflegestätten" wird es vorläufig noch gute Wege haben. In Roderbirken muß aber daran festgehalten werden, daß positive Erfolge erzielt werden.

Wenn man im voraus einen Anhalt dafür haben will, welche Art Kranke voraussichtlich in die zu errichtenden Nervenheilstätten kommen werden, so sehe man sich nur einmal an, wie das Krankenpublikum in den vorhandenen Sanatorien für die wohlhabenden Klassen sich zusammensetzt. Dieses ist nicht nach theoretischen ärztlichen Regeln gesichtet; es zeigt uns aber, für welche Arten von Kranken das Bedürfnis nach Sanatoriumsbehandlung besteht. Warum sollen die Nervenheilstätten, die Volksheilstätten für Nervenkranke, sich nicht danach richten? Werden sie dort nicht lernen können, daß man aus rein praktischen Gründen die Grenze gegen die Geisteskranken so streng wie möglich einhalten muß, ebenso natürlich auch gegen Epileptiker, Tuberkulöse und dergleichen, daß man andererseits aber sozusagen jeden Kranken aufnehmen kann, der kommen will und die Pflegekosten bezahlt?

Gewiß, es wird eine Menge körperlich Kranker in die Heilstätte kommen, und solche, die ernster Krankenhausbehandlung, ständiger Überwachung und Pflege bedürfen, kann man natürlich nicht behalten. Wenn Schwarz**) aber meint, daß dadurch Institute mit ausgeprägtem Krankenhauscharakter entstehen, welche „von der Elitetruppe unter den funktionell Nervenleidenden instinktiv gemieden werden", so kann ich dem nicht beitreten. Ich glaube, daß man das ruhig abwarten kann. So viel kann ich aber aus meiner zwar noch kurzen Erfahrung in Roderbirken hervorheben, daß für den ärztlichen Dienst die Untermischung von nervösen mit körperlich

*) Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift 1906, S. 91.

**) Über die Beziehungen der Anstalten für Geisteskranke zu den Volksheilstätten für Nervenkranke. — Psych.-neurol. Wochenschrift 1907, S. 404.

*) Die Heil- und Unterrichtsanstalten für psychische und Nervenkranke in Göttingen. — Klinisches Jahrbuch XIV, 1904.

**) Schwarz, a. a. O., S. 344.

Kranken sehr angenehm und günstig ist. So unbequem und störend die gelegentlich immer einmal vorkommenden Geisteskranken zwischen den nervösen Kranken sind, so wohltuend und anregend wirken die nicht nervösen, z. B. die einfach Blutarmen oder von körperlicher Krankheit genesenden Pfleglinge. Also auch vom Standpunkt des behandelnden Arztes kann ich diese Ausdehnung des Aufnahmebezirks nur befürworten.

Aber ich glaube auch, daß in der Nervenheilstättenfrage die Ärzte nicht allein überall das letzte Wort zu sprechen haben, wie das vor fünfzehn Jahren vielleicht noch den Anschein haben konnte. Maßgebend werden heute und mehr noch in Zukunft die geldgebenden Instanzen sein, und wir werden zu fragen haben, wie für diese die Bedürfnisse sich stellen und welche gesetzlichen Bestimmungen und Einrichtungen zu berücksichtigen sind. Vor allem ist zu beachten, daß die minderbemittelten Nervenkranken, für die wir sorgen wollen, zum überwiegenden Teile und zwar in einem von Jahr zu Jahr steigenden Umfange nicht mehr freie selbstzahlende Kranke sind, sondern den öffentlichen und privaten Krankenkassen, Berufsgenossenschaften oder Versicherungen angehören. Es ist zu erwarten, daß das Krankenversicherungswesen immer weiter ausgebaut und namentlich immer mehr einheitlich gestaltet werden wird. Die ganze Entwicklung drängt aber auch darauf hinaus, daß Krankenhäuser und Heilstätten in diese Organisation hineingezogen werden. Schon jetzt sehen wir die Gründung von Genesungsheimen und Heilstätten durch Krankenkassenverbände, Berufsgenossenschaften, Behörden und Versicherungsanstalten. Wenn man also bei der Gründung von Nervenheilstätten auf die Unterstützung und Mitarbeit dieser staatlichen und privaten Verbände rechnen will, dann wird man sich auch nach ihren Bedürfnissen richten müssen, und die sind zweifellos mehr allgemeiner Natur. Die Nervenkranken sind aber nicht eine so scharf abgegrenzte Gruppe wie z. B. die tuberkulösen Lungenkranken. Ich schätze es als ein besonderes Verdienst der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, daß sie in diesem Sinne für unsere Nervenheilstätte Roderbirken die Wege gewiesen hat, und ich bin überzeugt, daß beide Teile gut dabei fahren und für andere Organisationen vorbildlich sein werden.

Selbstverständlich kann von derartigen Erwägungen Abstand genommen werden, wo die besonderen örtlichen Verhältnisse und namentlich die vorhandenen Geldmittel unabhängig machen. Da können dann die rein ärztlichen Gesichtspunkte wieder mehr in den Vordergrund treten, oder auch sonstige Forderungen mitsprechen.

Interessant ist es zu sehen, wie verschieden die letzten Neugründungen sich gestaltet haben. Da ist die Nervenheilstätte der Lührmannstiftung zu Essen, welche durch die Munifizenz des Stifters in der Lage war, unter Thomsens Führung nach ärztlich-wissenschaftlichen Grundsätzen ein von innen und außen gleich geschmackvolles und behagliches Heim zu schaffen. Wie es scheint, soll die Heilstätte später dem in der Nähe im Bau befindlichen städtischen Krankenhause angegliedert werden und dürfte in der Tat für eine Nervenabteilung eines Krankenhauses mustergültig sein, als ein Gegenstück zu einem psychiatrischen Stadtasyl.

Ganz anders ist das Erholungsheim Friedrichshaus, das unter Determanns Leitung in St. Blasien entstanden ist. Neben dem Kurhause, in dem Fürsten und Minister wohnen, ist hier ein Erholungsheim für minder- oder unbemittelte Kranke jeden Standes errichtet, welches nur Lungenkranke, Geistesgestörte und mit ansteckenden Krankheiten Behaftete ausschließt. Man rechnet also offenbar auf das gleiche Krankenmaterial wie in den vornehmen Sanatorien, ohne besondere Beschränkung auf Nervenkranke. Und doch ist es eigentlich eine Nervenheilstätte, dafür bürgt schon der Name des Leiters, aber herausgewachsen aus den praktischen Bedürfnissen des Krankenpublikums. Das scheint mir gerade lehrreich zu sein.

Daß man es unter andern Verhältnissen auch anders machen, und wie man sich die vorhandenen Einrichtungen nutzbar machen kann, das zeigt uns Cramer, der es fertig gebracht hat, die Rasemühle unter dem Gesichtspunkte der Prophylaxe der provinzialen Irrenfürsorge einzureihen. Eine andere und allem Anschein nach sehr glückliche Lösung wird die Frage der Nervenheilstättengründung in Frankfurt a. M. finden, wo Sioli den Ausbau einer städtischen Nervenheilstätte zu Köppern im Taunus betreibt.

Wir sehen also, daß man auf verschiedenen Wegen zum Ziel gelangen kann. Nun wäre es endlich Zeit, die theoretischen Diskussionen zu beenden, mit denen mehr als zehn Jahre unfruchtbar hingebracht worden sind. Wo etwas Positives geschaffen worden ist, da geschah es nach praktischen Gesichtspunkten und gemäß den tatsächlichen Bedürfnissen, ohne theoretische Beschränkung und Einseitigkeit. Soviel ich weiß, ist seit Haus Schönow noch nicht eine einzige Nervenheilstätte auf der Grundlage der reinen Arbeitstherapie ins Leben getreten, und

Laehr selbst vertritt in allen seinen Veröffentlichungen einen durchaus maßvollen Standpunkt, abhold allen Übertreibungen. Das muß ausdrücklich hervorgehoben werden.

Wenn man erst allgemein sich darüber klar sein wird, daß Nervenheilstätten auch ohne die unerläßliche Vorbedingung der Arbeitstherapie Existenzberechtigung haben, daß sie etwas allgemeineres sind als bloße Arbeitsstätten, daß aber bei Verzicht auf „Arbeitstherapie" die Arbeit aus ihnen nicht verbannt zu werden braucht, sondern in vielfacher Hinsicht mit Vorteil angewandt und verwertet werden kann, dann werden hoffentlich die Bestrebungen zur Gründung von Nervenheilstätten bald wieder in ein besseres Fahrwasser gelangen. Daß die Nervenheilstätten notwendig sind, darüber braucht hier wohl kein Wort mehr verloren zu werden. Es besteht tatsächlich für zahlreiche Kranke ein weitgehendes Bedürfnis, das nur sie erfüllen können. Sie sind etwas Eigenartiges, und was sie bieten, kann keine andere Einrichtung leisten, weder ein Krankenhaus, wenn es auch die schönsten hydro- und mechanotherapeutischen Einrichtungen besitzt, weil dort der ganze ärztliche Dienst und die ganze Umgebung durchaus anders ist, noch ein Erholungs- oder Genesungsheim, weil ihm der intensive ärztliche Betrieb fehlt, noch auch eine Walderholungsstätte, weil sie den Kranken nicht aus seiner schädigenden Umgebung entfernt, sondern jeden Abend wieder dahin zurückkehren läßt. Es sind vielfache psychische Momente, die für die Wiederherstellung von Nervenkranken wichtig sind, und diese lassen sich eben nur durch die Errichtung besonderer Heilstätten schaffen.

Wenn aber diese Notwendigkeit einmal anerkannt ist, dann soll auch alles in Bewegung gesetzt werden, um Abhilfe zu leisten. Dazu sind in erster Linie die Ärzte berufen, denn es ist ihre allgemeine Pflicht, den Kranken zu helfen. Somit ist es aber auch „Pflicht der Ärzte, die Gründung von Nervenheilstätten zu fördern!"

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VII.

Aus der Literatur des Jahres 1907 zusammengestellt

von *Ernst Schultze.*

(Fortsetzung.)

§ 1333.

Wird eine Ehe wegen vorehelichen, mit einem Dritten gepflogenen, dem Bräutigam verschwiegenen Geschlechtsverkehrs der Braut angefochten, so darf bei Prüfung der Frage, ob der anfechtende Ehemann die geschlechtliche Unbescholtenheit seiner Braut für so wesentlich gehalten habe, daß er bei Kenntnis der Sachlage die Ehe nicht eingegangen wäre, davon ausgegangen werden, daß im allgemeinen der Anfechtungskläger in jener Frage keinen anderen Standpunkt eingenommen haben würde, als jeder verständig denkende Mann einnehmen wird. Eine Verkennung der Beweislast liegt daher nicht vor, wenn das Gericht sich darauf beschränkt, die gegen jene Annahme von der Beklagten vorgebrachten Gegengründe zu widerlegen. (R. G. 2. Mai 1907.)

D. R. pag. 700. Entsch. Nr. 1448.

§§ 1333, 1330, 1343.

Die Parteien waren miteinander verheiratet. Auf die Anfechtungsklage des jetzt beklagten Ehemannes ist durch rechtskräftiges Urteil die Ehe für nichtig erklärt worden. Diesem Urteile liegt die Feststellung zugrunde, daß zur Zeit der Eheschließung die jetzige Klägerin an Vaginismus gelitten und ihr deshalb die Beiwohnungsfähigkeit gefehlt habe; über diese persönliche Eigenschaft der Klägerin habe sich der jetzige Beklagte geirrt, sie würde ihn aber bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben. Klägerin stellt jetzt dem Beklagten gegenüber das Verlangen, daß ihr Verhältnis in vermögensrechtlicher Beziehung, insbesondere in Ansehung der Unterhaltspflicht so behandelt werde, wie wenn die Ehe zur Zeit der Nichtigkeitserklärung geschieden und der Beklagte für allein schuldig erklärt worden wäre. Sie beantragt, daß der Beklagte verurteilt werde, ihr vom 10. Sept. 1905 ab auf ihre Lebenszeit oder doch bis zu ihrer Wiederverheiratung standesmäßigen Unterhalt durch Entrichtung einer Geldrente von jährlich 1000 M. zu gewähren. Das O.-L.-G. hat durch Vorabentscheidung den erhobenen Anspruch seinem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt und hat die Sache zur weiteren Verhandlung und Entscheidung an das Gericht der I. Instanz zurückverwiesen. — — Mit Recht hat der Berufungsrichter auf die Verfehltheit dieses Entscheidungs-

grundes hingewiesen, weil gemäß §§ 1330, 1333 B. G. B. es eine Anfechtung der Ehe wegen Irrtums über eigene persönliche Eigenschaften des anfechtenden Ehegatten nicht gibt. — (R. G. IV. 7. Nov. 1907.) J. W. 835.

§ 1565.

Der Tatbestand des Ehebruchs nach dem B. G. B. ist derselbe wie nach dem St. G. B. Der Ehebruch als Scheidungsgrund setzt insbesondere voraus, daß dem Ehegatten die durch den Ehebruch begangene Verletzung der ehelichen Treue als eine Schuld angerechnet werden kann. Kommt Geistesschwäche in Frage, so ist daher insbesondere zu prüfen, ob die Voraussetzungen des § 51 St. G. B. vorliegen, unter denen eine strafbare Handlung nicht vorhanden ist. (R. G. IV. 27. Mai 1907.)

D. R. pag. 768. Entsch. Nr. 1664.

§ 1567.

Eine auf § 1567 Ziff. 2 B. G. B. gestützte Ehescheidungsklage wurde für nicht begründet erachtet, weil nach dem Ergebnisse der Beweisaufnahme die Annahme gerechtfertigt erschien, daß der Ehemann zur Zeit seiner Entfernung aus der ehelichen Wohnung sich in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden habe und deshalb eine „bösliche Verlassung" nicht vorliege.

Die Motive zum Entwurf des B. G. B. Bd. 4 pag. 590 kennzeichnen die bösliche Absicht als die „aus bösem Willen hervorgegangene Zerreißung der häuslichen Gemeinschaft". Die bloße Entfernung des einen Ehegatten gegen den Willen des andern aus der häuslichen Gemeinschaft und die ein Jahr lang dauernde Fernhaltung ohne jede Nachricht über den Aufenthalt und ohne jede Fürsorge für den Unterhalt des zurückgebliebenen Ehegatten reichen nicht ohne weiteres aus, um eine bösliche Absicht als gegeben anzusehen. Die Entfernung des einen Ehegatten und die dadurch herbeigeführte Aufhebung der häuslichen Gemeinschaft muß die Merkmale einer widerrechtlichen Handlung an sich tragen, und der betreffende Ehegatte muß sich der Rechtswidrigkeit bewußt sein. Die Klage findet auch in § 1568 B. G. B. keine Stütze, weil die schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten auch das subjektive Verschulden erfordert und dieses wegen des Geisteszustandes des Ehemanns zu verneinen ist. Deshalb kann dahingestellt bleiben, ob die bösliche Verlassung, wenn sie als absoluter Scheidungsgrund versagt, als relativer nach § 1568 B. G. B. verwertet werden kann. (O. L. G. Karlsruhe. 6. Dez. 1906.)

D. R. pag. 185. Entsch. Nr. 310.

§ 1568.

Ist der Mann zur Vollziehung des Geschlechtsaktes fähig, unterläßt er aber hartnäckig und andauernd die Beiwohnung, damit das Recht der Frau auf Geschlechtsverkehr verletzend, und ist er weder durch geschlechtliche Unfähigkeit noch durch Widerwillen gegen die Frau entschuldigt, so liegt darin eine, auf rücksichtsloser Eigensucht beruhende Verletzung der ehelichen Pflichten. (R. G. IV. 31. Jan. 1907.)

D. R. pag. 311. Entsch. Nr. 604.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Im **Badischen Landtag** wurde Mitte März das Budget der Irrenanstalten behandelt. In Anbetracht der Überfüllung der vorhandenen Anstalten wurde eine Beschleunigung im Ausbau der schon im Bau befindlichen und der projektierten Anstalt empfohlen. Zunächst soll die Fertigstellung der bis jetzt mit zirka 500 Kranken belegten Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch beschleunigt werden. Nachdem schon im Vorjahre durch Bewilligung eines Administraturkredits ein etwas rascheres Tempo eingeschlagen werden konnte, soll jetzt unter Verwendung des schon bewilligten Kredits von 2 239 000 M. die Anstalt Wiesloch schon 1909 statt 1911 im wesentlichen fertiggestellt werden.

Für die projektierte Anstalt bei Konstanz soll dann in das nächste Budget sofort eine Summe von zwei Millionen als erste Rate eingestellt werden, so daß der Bau 1910 begonnen werden kann.

Es wurde ferner vom Gr. Ministerium darauf hingewiesen, daß damit die Irrenfürsorge für Baden nicht als abgeschlossen angesehen werden darf, sondern daß noch der Bau einer weiteren Anstalt in Aussicht stehe. Erst dann werde auch die Aufhebung der nicht mehr zeitgemäßen Anstalt in Pforzheim möglich sein.

Personalnachrichten.

— **Neustadt i. Holst.** Der bisherige erste Hilfsarzt an der hiesigen Anstalt Herr Dr. Kroemer ist zum III. Oberarzt befördert.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 6. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**
Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Erled. Assistenzarztstelle.

An der K. Heilanstalt Weissenau bei Ravensburg (Württemb.) ist eine Assistenzarztstelle sofort zu besetzen. Anfangsgehalt 1800 M. und jährlich 70 M. Zulage neben freier Station I. Klasse und einer Getränkeentschädigung von jährlich 200 M. Pensionsberechtigung. Bewerbungen und Anfragen sind an die Direktion zu richten.

An der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt für Geistesschwache (Idiotenanstalt) zu Langenhagen bei Hannover (Station der Staats- und Straßenbahn) soll neben den 4 Oberinnen die neugeschaffene Stelle

einer Oberin

besetzt werden. Mit der Anstalt ist eine Beobachtungsstation für Geisteskranke verbunden. Das Gehalt beträgt 800—1200 M., steigend alle 2 Jahre um 50 M., nebst freier Station in einem pensionsfähigen Werte von 600 M. Im Anstaltswesen erfahrene, gebildete Damen, wollen sich unter Vorlegung ihrer Zeugnisse, eines ausführlichen Lebenslaufes etc. melden bei der **Direktion**.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Die Irrenpflege.

Monatsschrift für Irrenpflege u. Krankenpflege

zur Belehrung und Fortbildung des Pflegepersonals an Heil- und Pflegeanstalten und zur Vertretung der Standesinteressen desselben.

— Probenummern gratis. —

Kurhaus für Nerven- und Gemüthskranke

von Dr. Richard Fischer

Neckargemünd bei Heidelberg.

Comfortabel eingerichtete Heilanstalt in schönster Lage des Neckarthales, in unmittelbarer Nähe des Waldes und ausgestattet nach allen Anforderungen der modernen Psychiatrie — Gegründet 1898. Prospekte frei durch die Direktion.

„Friedheim" Zihlschlacht

Thurgau, Schweiz.

Comfortables Heim
(gegründet 1890)

für Nerven- u. Gemütskranke besserer Stände

inkl. **Alkoholiker** beiderlei Geschl.

Dr. F. Krayenbühl

Spezialarzt.

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Wir empfehlen angelegentlichst unsere unübertrefflichen

Holzwolle-Fabrikate zu Unterlagen für unreinliche Kranke.

Deutsche Holzwolle-Fabrik Loewenstein & Co.
Berlin, Greifswalderstraße 140.

Kreisirrenanstalt Erlangen.

Für die hiesige Anstalt wird eine

2. Oberpflegerin

gesucht. Jährlicher Anfangsgehalt M. 690 mit Aufbesserung nach 3, 5 und 9 Jahren nebst voller freier Verpflegung in II. Klasse.

Nach 30jähriger treuer Dienstzeit ist bei Dienstunfähigkeit Aussicht auf Pension gegeben.

Verlangt wird gute Schulbildung, Umsicht, Tatkraft, wenn möglich bereits auch Erfahrung in der Irrenpflege.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Gesundheitsattest, Zeugnisabschriften über bisherige Wirksamkeit sind an die Königl. Regierung von Mittelfranken zu richten und bei der unterfertigten Direktion einzureichen.

Persönliche Vorstellung unerläßlich.

Erlangen, 4. April 1908.

Kgl. Direktion d. Kreisirrenanstalt Dr. Würschmidt, kgl. Medizinalrat.

Im Ctr. des vornehmsten W. Vorortes von Berlin, ist ein mit der **Konzession zum Betriebe einer Irrenanstalt** versehenes Grundstück (geeignetes Anstaltsgebäude mit grösserem Park) **baldmöglichst** unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre: **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

Hartglasplatten

zur Verglasung von

Unruhigen- und Tobzellen,

sowie für **Beobachtungsfenster**

infolge ihrer **grossen Widerstandsfähigkeit unbedingt zuverlässig,**

bei vielen Anstalten seit langen Jahren im Gebrauche, liefert **unter Garantie** billigst

Curt Zieger, Hartglasfabrik, **Dresden-A. 18.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823

Nr. 6. 2. Mai **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Symbolik in den Legenden, Märchen, Gebräuchen und Träumen.*)

Von *A. Maeder*, Assistenzarzt an der Schweizerischen Anstalt für Epileptiker (Zürich).

Das Denken in Symbolen stellt bekanntlich eine niedrige Stufe des Denkens dar, da es Objekte identifiziert, welche nur sehr entfernte Ähnlichkeit miteinander haben. Dieses unscharfe Denken erfolgt im Zustand herabgesetzter Aufmerksamkeit und ist wahrscheinlich ein häufiger Prozessus der unbewußten Tätigkeit. Daher spielen die Symbole eine so große Rolle in den Träumen, Halluzinationen, Wahnideen und in den Produkten der dichterischen Phantasie, welche ja meistens schon im Unbewußten ihre Gestalt und Vollkommenheit erhalten und auf einmal, zur Zeit der sogenannten Inspiration, durchbrechen.

Die Bedeutung der Symbolik für die Symptomatologie der Hysterie und Dementia praecox ist bekannt (Literatur 5, 6). Man kann schon a priori voraussetzen, daß die Symbolik in der epileptischen Demenz häufig angetroffen wird, die auch durch das unscharfe Auffassen und Denken charakterisiert ist. Dafür folgende Beispiele: Aus dem Tagebuch einer Patientin unserer Anstalt: „J'ai bien dormi mais malheur pour mes yeux je l'ai aient bien senti après ma momie (= Mumie). — Die Mumie wird durch folgenden Satz verständlich, der einige Tage vorher geschrieben worden war: „On m'enveloppa dans un grand drap comme une momie."

Eine 22jährige Epileptische antwortete zur Zeit des Durchbruches des Sexualkomplexes (Verwirrtheit) auf die Frage: „Wie heißt Ihre Mutter?" „Marie, Mariastein wahrscheinlich — bin ich der Stein oder was? der eben in mir ist, anstatt ein Herz . . ." Ein anderer Epileptiker (namens Ernst Hofer) im Dämmerzustand sagte: „Ich sah Worte vor mir auf dem Bettuch: Ernst, Erde, Hofer. Er bei Ernst und bei Erde und bei Hofer, da habe ich mich müssen verwundern, daß Er zuerst und zuletzt stand." Seitdem muß der Betreffende in dem Zustande „die ganze Erde spielen, oder die ganze Erde machen". Er steht mitten in der Zelle und schwingt langsam die Arme im Kreise. Die gemeinsame Silbe er genügte zur Identifikation mit der Erde. Durch den gleichen Mechanismus kam E. Hofer dazu, sich mit dem Herrn zu identifizieren. „Man kann sagen, jeder Patient ist sein Herr. Ich bin auch mein Herr, der Herr ist aber der liebe Gott." Aus diesem und andern Gründen wurde E. H. zum lieben Heiland. Am Charfreitag (1907) kam er in einen Dämmerzustand und stand (wie das Photogramm zeigt) in der Stellung des „Gekreuzigten" stundenlang. — Am Ostersonntag gab er uns eine symbolische Darstellung der Auferstehung und Himmelfahrt; stand so lange



Abb. 1. Ernst Hofer. „Ich bin der liebe Heiland dieser Anstalt geworden."

*) Nach einem in der Freudschen Vereinigung (Zürich) gehaltenen Vortrag (15. November 1907).

er konnte auf einem Bein, der eine Arm nach dem Himmel zeigend, der andere nach unten gestreckt. Am anderen Tag erklärte er auf die Frage, was diese Haltung bedeute?", er sei in den Himmel hinauf geflogen; mit dreißig Jahren sei er der liebe Heiland dieser Anstalt geworden.

Folgendes Photogramm kann mit seiner eigenen Legende bezeichnet werden: „ich bin das ganze Nichts",

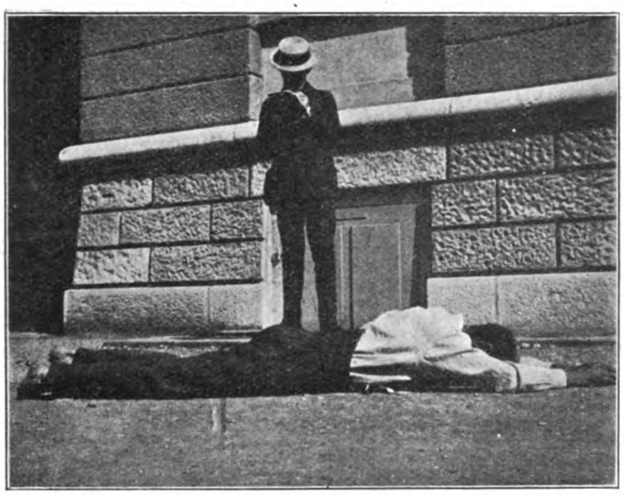


Abb. 2. Ernst Hofer. „Ich bin das ganze Nichts".

Er läßt sich dabei auf den Boden fallen und kommt in dieser Stellung zu liegen.

Eine andere Patientin schreibt in ihr Tagebuch mehr oder weniger kabbalistische Zeichen, die sicher Symbole darstellen. Man findet sie nur an Komplexstellen: 0 ⊖ L . . . . alle von erotisch-religiösem Inhalt. In einer späteren Arbeit werde ich auf diese Sachen ausführlich zurückkommen. Diesmal möchte ich über Sexualsymbole sprechen, und zwar nicht systematisch. Zwei Bemerkungen schicke ich voraus: der relative Reichtum an Sexualsymbolen beim Einzelnen und die relative Eintönigkeit derselben bei allen Individuen. Wenn man Legenden, Märchen, Gebräuche von Völkern der verschiedensten Gegenden, Träume von Menschen verschiedener Rassen, Stände und Alter darauf prüft, sieht man, daß alle im großen und ganzen dieselbe Symbolik gebrauchen.

Nach der Publikation einer Traumanalyse, wo ein junges Mädchen von einer Schlange am Hals gebissen wird, wurde ich viel gefragt, ob das betreffende Mädchen die Bedeutung der Schlange in der Mythologie und Literatur kenne, um so ein Symbol zu verwerten. Das traf in dem Fall nicht zu und ist auch gar nicht nötig, nach Freud wäre es sogar unmöglich, da die Zensur nur dem Ich-Komplex unverständliche Symbole durchläßt. Wie kommt ein Mädchen dazu, eine Schlange als Phallussymbol zu



Abb. 3. Le Poitevin: Les diableries érotiques.

benutzen? Einige Faktoren kommen wahrscheinlich in Betracht: Zuerst die Gestalt des Tiers, das Länglich-Zylindrische, Schlanke, vielleicht die Formänderung beim Fortkriechen und die Möglichkeit des Starrwerdens wie ein Stengel, die Konsistenz also, seine Art, sich überall in die Löcher hineinzuschleichen, vielleicht die Schönheit und der Glanz der schillernden Schuppen, die Gefahr des Bisses beim relativ harmlosen Aussehen, der Ruf der Listigkeit, das stille Wesen und bei unseren Mädchen die Kenntnis der Bibel und der Zusammenhang zwischen Versuchung und Schlange.

Diese Eigenschaften oder einzelne davon werden ganz unbewußt und zwar vom Sexualkomplex assimiliert, auch wenn das bewußte Denken sich in ganz anderer Richtung entwickelt. Die entfernten Ähnlichkeiten des Wahrgenommenen mit dem Wunschobjekt des Komplexes werden gleich herausgefunden (wie angelockt durch den immer lauernden Sexualtrieb). Das derart anassoziierte Material steht dann zur Verfügung des Sexualkomplexes und kann als dem Ichkomplex unbekanntes Symbol verwertet werden.

Ich gebe jetzt einige Beispiele von Symbolen.

Der Fisch galt von jeher als Sexualsymbol: er verdankt es wahrscheinlich unter anderem seiner Form und fabelhaften Fruchtbarkeit. Die Alten sagten, daß der Fisch „Chrysophrys aurata" sich mit der Hand fangen läßt und zwar nur von den Frauen und Kindern. (Ich erinnere an einen von mir in einer früheren Arbeit (Lit. 9) mitgeteilten Spruch: „Die Weiber allein wissen, wo der Teufel seinen Schwanz hat" und „die Füße der Schlange — die nichts anderes sind als sein Schwanz — werden nur von Weibern gesehen.") Die Chrysophrys war der Aphrodite geweiht. — Der Liebesgöttin, Aphrodite, Astarte werden nur Tiere geopfert, welche als männliche Symbole gekannt waren, Bock, Widder, Stier. Venus ist aber in den Mythen die Morgenröte, der Frühling; daher essen wir Fische in der Fastenzeit und am Freitag (Vendredi, Venerdi, Dies veneris, Freya-Tag, Friday). Die gemini pisces waren derselben Göttin gewidmet. — Der April war bei den Römern

ebenfalls Venus geweiht und der Spaß, am 1. April den „Poisson d'avril" (Aprilfisch) zu schicken — wie



Abb. 4. Der Erlöser der Welt. Vatikan (Museum).
(Abb. 3 und 4 aus: Das erotische Moment in der Karikatur, von E. Fuchs, Verlag von Hoffmann, Berlin.)

es noch Sitte ist in Italien und in französisch sprechenden Ländern —, ist ein Spiel von unzweifelhaft erotischem Ursprung.

Im Elsaß essen die Mädchen am Abend des „St. André" Heringe mit dem Glauben, im Traum den Ehemann zu sehen, welcher ihren Durst löschen wird.

In der „Limburg" wird am Aschermittwoch, bei der Rückkehr von der Kirche, ein Hering aufgehängt. Die Mädchen müssen dann mit geschlossenen Beinen, die Arme dicht am Rumpf und mit offenem Munde springen, bis sie ein Stück vom Fisch erwischen.

In einer deutschen Legende heißt es: „Ein Frauenzimmer, welches Aal gegessen, habe plötzlich alles sehen können, was unter Wasser war." (Vergleiche die Schlange und den Baum der Erkenntnis in dem alten Testament.)

Ein Märchen von Grimm (Die Goldkinder, Bd. I, S. 373) illustriert auch die Fruchtbarkeit der Fische und die phallische Bedeutung in sehr klarer Weise. In russischen Märchen kommt der Goldfisch von Grimm sehr häufig vor (im Lande des Störes), die Fruchtbarkeit desselben ist so groß, daß sogar das Wasser, mit welchem die Fische gewaschen worden sind, die Stuten — die es trinken — schwängert.

In Neapel wird der Phallus direkt il pesce genannt, in Piemont merlu (merle) von merluccis und merluzzo, Fische, welche die alten Römer „aselli" nannten; also Esel auch ein Sexualsymbol (wie aus den Bacchanalien erhellt). Im Elsaß sagt man: „Unsri Magd will Fischle fange unter ere (= einer) hohle Eiche, s'isch ihre eins derzwische gange, jetzt ka si nimme seichen" (= urinieren).

Die Schlange ist vielleicht das bekannteste Phallussymbol, das es überhaupt gibt. Dafür einige Belege: In Brasilien dürfen die Mädchen beim Herannahen der Pubertät nicht in den Wald gehen, aus Furcht vor den verliebten Angriffen seitens der Schlange. In Port-Lincoln (S.-Australien) wird die Menstruation einem Bandiku (ob Schlange oder Eidechse?) zugeschrieben, der die Vagina kratzte, bis sie blutete. Bei den Chiriguanes von Bolivia liefen die alten Weiber beim Eintritt der Menstruation mit Stöcken umher und suchten die Schlange, die das Mädchen verletzt habe.

Die Bassutos in Süd-Afrika lassen ihre jungen Mädchen um eine aus Lehm geformte Schlange tanzen. Die Suaheli-Frauen (Deutsch-Ost-Afrika) haben in ihrer eigenen Privatsprache das Wort Schlange für Penis.*) Im Berliner Museum für Völkerkunde befindet sich eine geschnitzte Holzfigur aus Neuguinea, die ein Weib darstellt, in dessen Vulva ein Krokodil seinen Schwanz einführt; bei einer anderen Figur kriecht ein schlangenähnliches Krokodil aus der Vulva; bei einer dritten eine kleine runde Schlange mit kleinem Kopf, dem Penis sehr ähnlich, am Eingang der Vagina.

In den Märchen von Grimm haben wir einige, wo die Schlange die typische Rolle spielt, z. B. in einer Version des springenden singenden Löweneckerchen, wo das Sexualtier, je nach den Gegenden, eine Schlange, ein Rabe, Widder, blauer Vogel, ein Löwe, Bär (sogar ein goldner Stamm) ist.

Der Einhorn, seit dem Bild von Böcklin so allgemein gekannt, spielte früher in der christlichen Symbolik eine jetzt halb vergessene Rolle. Das Fabeltier ist Christus selber. Im Mittelalter erzählte man sich von dem gewaltigen und unzähmbaren Tiere, es lasse sich von keinem Jäger fangen; wenn es aber eine Jungfrau sehe, lege es sich friedsam in deren Schoß und schlafe ein. Das deutete man „auf die göttliche Allmacht, die im Schoß einer Jungfrau Mensch geworden sei. Eine durchsichtigere Symbolik als diese wird es kaum geben (das Horn im Schoß). Der Einhorn war den alten Persern schon bekannt, sie leiteten

*) In einer französischen Operette „le grand Mogol" nennt die Frau ihren Mann: „mon serpent et mon petit mari".

ihn vom Pferd, Esel und Ochse ab, drei Tiere, welche selber exquisit männliche Sexualsymbole darstellen. Andere Tiere gelten auch als Christussymbole, das Lamm, von dem Liebmann sagt: „Das Lamm Gottes kommt auch auf Bildwerken als Widder vor; denn es ist ein männliches Lamm und die Hörner bedeuten die männliche Kraft", der Löwe, der Fisch, der Pelikan, der Hahn, der Phönix. Unter den Pflanzen: der Weinstock, der Ölbaum. Unter den Vorbildern Christi im alten Testament die Quelle und die eherne Schlange von Moses, Aarons blühender Stab, Simson, Salomo; aus dem Heidentum Jupiter, Prometheus, Orpheus, Perseus, Herkules.

„Die heilige Veronica Juliani nahm aus Andacht zum göttlichen Lämmlein ein irdisches Lämmlein ins Bett, küßte das Lamm, ließ es an ihren Brüsten saugen und gab auch einige Tropfen Milch von sich." Ein altes protestantisches Gebet sagt: „O daß ich dich gefunden hätt', holdseligster Emmanuel, o hätte ich dich in meinem Bett, deß freute sich mein Leib und Seel'. Komm, kehr willig bei mir ein, mein Herz soll deine Kammer sein." Aus einem Artikel der Neuen Züricher Zeitung vom 11. IV. 07 entnehme ich folgenden Passus: „Wahrhaft grotesk sind die Ausgeburten mystischen Dusels und sexueller Pathologie im Zusammenhang mit dem Präputium, das von verzückten heiligen Weibern verschluckt und das als Verlobungsring gefeiert wird, den Christus an seine Braut, die Kirche schickt." — In der „Faute de l'abbé Mouret" von Zola ist ein Priester in ein Mädchen schwer verliebt. Er versucht sie zu vergessen und wendet sich dafür an die heilige Jungfrau; merkt aber bald, daß seine Liebe zu ihr sinnlich ist, er verläßt sie auch für Christus.

Hier anschließend möchte ich auch eine interessande Legende des Mittelalters über das Holz des heiligen Kreuzes mitteilen (Mussafia, Sulla leggenda del legno della Croce.) Eine Cypresse lieferte das Holz des heiligen Kreuzes, deren Geschichte wie folgt resümiert werden kann. Der Zauberstab von David wurde in die Erde gesteckt, wuchs zu einem Baum, den Salomo für den Bau des Jerusalem-Tempels brauchen wollte, die Arbeiter weigerten sich aber. — Er wurde doch zu Balken zugerichtet. Eine Sybille wollte darauf sitzen, ihre Kleider fingen Feuer und sie rief: „Heiland, mein Herr!" und prophezeite, daß er aufgehängt sein werde. Die Pythonisse wird zum Tode verurteilt und die Balken in einen Teich geworfen, der wunderliche Eigenschaft davon bekommt. Später wird aus den Balken eine Brücke gemacht, die eine Königin vom Morgenland (Saba) nicht betreten will. Also Zauberstab (= Wünschelrute), Baum (siehe unten), Feuer, Brücke, alles Sexualsymbole. Ich füge noch hinzu, daß die Cypresse nicht nur als Totenbaum im Altertum verehrt wurde, sondern als Symbol des ewig jungen, das nie verfault. In Phrygien erzählte man sich, daß Attis, von Cybele (anderswo Astarte, Aphrodite) geliebt, von seinem Phallus beraubt wurde. Cybele verwandelte ihn in eine Pinie oder in eine Cypresse (konische Gestalt und grüne Farbe).

In dem Tagebuch einer Patientin — Epileptische — lese ich folgenden Traum, dessen Symbolik, nach den vorherigen Erläuterungen, klar wird. „Presque toute la nuit j'étais avec des Messieurs dans des forêts avec d'immenses arbres ou j'aimais a grimper car le canal passait aussi par là. Je me souviens une fois d'avoir commencer à chanter, tant j'étais joyeuse. Car j'ai eu quelque chose que n'oublierais jamais me voici que j'ai enfanté un enfant et que l'on m'a soignée comme une mère, papa et mes frères étaient ensemble près de moi et je ne me suis réveillée que très tard ce matin." Solche Träume wiederholen sich bei ihr nicht selten mit kleinen Varianten; in einem z. B. spielt der Tannenzapfen eine ähnliche Rolle.

Eine junge Hysterika (12 J.), die an hysterischen Anfällen mit Opisthotonus und Abwehrbewegungen leidet, erzählte mir, daß sie im Anfall einen Kaminfeger sieht, der ihr einen kleinen Tannenbaum zwischen die Beine steckt. „Es sticht mich im Unterleib, das Gefühl steigt bis in den Magen und dann bis in den Hals, es fühlt sich dort wie eine Erdäpfel (= Kartoffel)." Ich erwähne noch das Märchen der Alten im Wald (Grimm), eine Version des singenden springenden Löweneckerchen, wo ein goldener Stamm, respektiv ein Zweiglein mit drei Eicheln an einem Stengel, das männliche Symbol darstellen.

Aus dem Zyklus von Attis und Cybele (Phrygien) lese ich noch heraus: Zeus läßt im Schlaf seinen Samen auf die Erde fließen, daraus entsteht ein Dämon von Doppeltgeschlecht: Agdistis. Die Götter binden ihn und schneiden ihm das Männliche ab, woraus ein Mandelbaum erwächst. Als dessen Früchte gereift waren, steckt die Tochter des Flusses Sangarius eine davon in ihren Busen. Die Frucht schwindet und das Mädchen wird schwanger und gebiert einen Sohn Attis.

Von den Bäumen komme ich auf den Wald und Garten zu sprechen. In der früher erwähnten Arbeit sagte ich, daß sie im allgemeinen Symbole für den Pubis sind. Der Mythus von Adonis mag das noch illustrieren.

Adonis, von Venus geliebt, wurde auf der Jagd durch den Zahn eines Ebers (Eifersucht von Mars)

getötet. In der Unterwelt verliebt sich Proserpina in ihn, und als Jupiter ihm das Leben wieder schenken will, entsteht ein Streit zwischen den beiden Göttinnen. Der kluge Jupiter gewährt einer jeden die Hälfte des Jahres.

Die Philologen haben schon längst nachgewiesen, daß diese Legende eine symbolische Darstellung einer Naturerscheinung ist. Adonis ist die Sonne und zwar nicht bloß „die in der Vegetation wirksame Sonnenkraft, sondern auch die vom Sonnenlauf in Jahresfrist abhängige, bald aufblühende, bald hinwelkende Vegetation selbst in Gräsern, Pflanzen und Sämereien". Der unterirdische Aufenthalt bei der Göttin ist der kühle dunkle Winter. (Schluß folgt.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VII.

Aus der Literatur des Jahres 1907 zusammengestellt.

von *Ernst Schultze.*

(Fortsetzung.)

§ 1568.

I. Beharrliche Trunksucht eines Ehegatten ist geeignet, einen Ehescheidungsgrund im Sinne des § 1568 B. G. B. abzugeben.

II. Dieser zur Zeit der Klageerhebung vorliegende Ehescheidungsgrund wird nicht dadurch beseitigt, daß der trunksüchtige Ehegatte sich demnächst gebessert und des Trunkes entwöhnt hat.

Zu I.: Dies entspricht der feststehenden Rechtsprechung des Reichsgerichts (vergl. die Zusammenstellung bei Schmidt, Familienrecht, Note 5b, zu § 1568 pag. 702).

Zu II.: Das zur Zeit der Klageerhebung begründete Recht auf Ehescheidung ist unabhängig davon, ob der beharrlich trunksüchtige Ehegatte sich auch noch während des Scheidungsprozesses beharrlich trunksüchtig zeigt. Eine Besserung kann nur als ein Anzeichen dafür in Betracht kommen, daß der Ehegatte kein beharrlicher Trinker sei. Dies ist aber dann nicht der Fall, wenn er sich jahrelang als Trinker gezeigt hat und keine Gewähr dafür besteht, daß die Besserung eine endgültige ist. (O. L. G. Cassel. 7. Januar 1907.)

D. R. pag. 253. Entsch. Nr. 466.

§ 1568.

Trunksucht ist auch, ohne daß es des Nachweises der Unverbesserlichkeit bedarf, dann ein Ehescheidungsgrund, wenn der fortgesetzte übermäßige Genuß geistiger Getränke dem Ehegatten zum Verschulden anzurechnen ist und durch dieses die Ehe zerrüttet ist. (O. L. G. Karlsruhe. 20. Februar 1907.)

D. R. pag. 1261. Entsch. Nr. 3107.

§ 1569.

Das Oberlandesgericht geht davon aus, daß der Scheidungsgrund aus § 1569 des B. G. B. nur im Falle der Geisteskrankheit, nicht auch im Falle der bloßen Geistesschwäche Platz greife. Diese Auffassung erscheint zutreffend, im Hinblick auf die erheblichen Unterschiede, welche das B. G. B. an anderen Stellen in betreff der Handlungsfähigkeit von Geisteskranken und Geistesschwachen vorsieht (vergl. §§ 104, Nr. 3, 114, 1304, 1729, 1751, 2253), zumal bei Berücksichtigung des in § 1569 selbst für die Geisteskrankheit vorausgesetzten Grades, zufolgedessen die geistige Gemeinschaft zwischen den Eheleuten ohne jede Aussicht auf Wiederherstellung ausgeschlossen sein muß.

Die nächste Frage ist, ob nach jetziger Sachlage der Beklagte als geisteskrank, oder nur als geistesschwach anzusehen ist, die weitere, ob der Geistesdefekt des Beklagten den im § 1569 des B. G. B. vorausgesetzten Grad erreicht hat. In beiden Fragen stehen die Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. Z. und Dr. W. einander gegenüber. Das Oberlandesgericht hat dem ersteren Gutachten den Vorzug vor dem letzteren gegeben.

Aber die Beobachtungen des Prof. Dr. Z. reichen nur zur Entlassung des Beklagten aus der Anstalt N., also bis zum . . . . . 1901. Dagegen hat Dr. W. den Beklagten in M. noch mehrere Monate darüber hinaus täglich beobachtet. Nun meint zwar das Oberlandesgericht, Dr. W. habe aus dieser späteren Zeit Tatsachen, die für eine Verschlechterung des Zustandes des Beklagten sprächen, nicht angeführt. Allein Dr. W. hat immerhin Äußerungen des Beklagten, die mit der Wirklichkeit nicht vereinbar waren, sowie den Umstand bekundet, daß der Beklagte in M. die Rolle eines Idioten spiele, von allen Leuten gemieden werde und ohne jede Beschäftigung und interesselos gegenüber seinen Mitmenschen lebe. Jedenfalls lag es aber nahe, durch Ausübung des Frageamts auf eine Ergänzung jener fehlenden Angaben hinzuwirken.

Sodann hat das Oberlandesgericht, soviel seine Gründe erkennen lassen, mit Bezug auf den Grad des beklagtischen Geistesdefekts die Gutachten der Sachverständigen Z. u. W. wesentlich unter dem Gesichtspunkte geprüft, ob infolge des Defekts die eheliche Gemeinschaft zwischen den Eheleuten ohne Aussicht auf deren Wiederherstellung ausgeschlossen sei. Dieser Gesichtspunkt wird aber dem Gesetze nicht voll gerecht. Der § 1569 des B. G. B. setzt die Ausschließung der geistigen Gemeinschaft voraus. Damit ist offenbar eine höhere Gemeinschaft als das bloße Zusammenleben der Eheleute gemeint, nämlich eine solche, bei der diese zu gemeinsamem Denken und Fühlen befähigt sind. Gerade mit Bezug hierauf hat aber der Sachverständige W. dem Beklagten die Fähigkeit zu realer, d. h. praktischer Betätigung völlig abgesprochen.

Danach erscheint die Beweiswürdigung des Oberlandesgerichts nicht zureichend. Und das um so weniger, als demselben die Möglichkeit offen steht, durch Erforderung eines Obergutachtens die Sache weiter aufzuklären.

Dies führt zur Aufhebung des Berufungsurteils und zur Zurückweisung der Sache in die Vorinstanz, und zwar erschien die Verweisung an einen andern Senat des Oberlandesgerichts angemessen. (R. G.)

Psych.-neurol. W. pag. 381.

§ 1636. § 27 F. G. G. § 550 Z. P. O.

Die nach der Scheidung einer Ehe über den Verkehr des schuldigen Elternteils mit einem gemeinschaftlichen Kinde unter Berücksichtigung aller für und gegen den Verkehr sprechenden Umstände erlassene Verfügung des Vormundschaftsgerichts kann mit der weiteren Beschwerde nicht auf Grund der Behauptung angefochten werden, die vorgeführten Tatsachen und gutachtlichen Äußerungen der Sachverständigen seien nicht genügend oder nicht zutreffend gewürdigt worden. Insbesondere ist das Vormundschaftsgericht an die Ansicht der Sachverständigen dann nicht gebunden, wenn es die von ihnen angeführten Gründe nicht überzeugend findet. (Bayer. O. L. G. 11. Januar 1907.)

D. R. pag. 253. Entsch. Nr. 468.

§ 1906.

Daraus, daß das Vormundschaftsgericht einen Volljährigen, dessen Entmündigung beantragt ist, auch ohne den Nachweis eines Entmündigungsgrundes unter vorläufige Vormundschaft stellen kann, wenn es dies zur Abwendung einer erheblichen Gefährdung der Person oder des Vermögens des Volljährigen für erforderlich erachtet, folgt nicht, daß das Gericht das Nichtvorliegen eines Entmündigungsgrundes bei der Entscheidung über die Stellung unter vorläufige Vormundschaft unberücksichtigt lassen darf. (Bayer. O. L. G. 8. März 1907.)

D. R. pag. 452. Entsch. Nr. 898.

§ 1906.

Zur „Stellung unter vorläufige Vormundschaft“ eines Volljährigen, dessen Entmündigung beantragt ist, genügt das Bestehen eines hohen Grades von Wahrscheinlichkeit, daß seinem Vermögen ernste Gefahr droht, wenn ihm die Möglichkeit gelassen wird, sein bisheriges wirtschaftliches und sittliches Verhalten fortzusetzen.

Die Erwägungen des Beschwerdegerichts sind geeignet, die Annahme zu begründen, daß die vorläufige Vormundschaft zur Abwendung einer erheblichen Gefährdung der Person und des Vermögens des X. geboten sei, insbesondere konnte das Beschwerdegericht das für diese Annahme erforderliche Maß von Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein des angegebenen Entmündigungsgrundes (Planck - Unzner, Komm. z. B. G. B., 3. Aufl., Bd. 4, pag. 799; Note 1 b, Staudinger, 2. Aufl., Bem. 2 b, Abs. 3 zu § 1906; Beschluß des Bayer. O. L. G. vom 8. März 1907 Reg. III, Nr. 18, 1907) aus dem Gutachten des Universitätsprofessors Dr. G. entnehmen, aus dem Ergebnisse der im Entmündigungsverfahren veranstalteten Ermittelungen über das wirtschaftliche Gebaren des X. folgern, daß seinem Vermögen ernste Gefahr drohe, wenn ihm die Möglichkeit belassen werde, dieses Gebaren fortzusetzen, und nach der Erfahrung die Besorgnis, daß von seiten der Personen, mit denen er unzüchtige Handlungen vorgenommen hat, der Versuch gemacht werde, ihn auszubeuten, ohne weiteres als naheliegend ansehen. (Bayer. O. L. G. 26. April 1907.)

D. R. pag. 701. Entsch. Nr. 1451.

§ 1906.

Die Stellung eines Volljährigen unter vorläufige Vormundschaft setzt nur voraus einen Antrag auf Entmündigung und das Vorliegen von Umständen, die eine erhebliche Gefährdung der Person oder des Vermögens des zu Entmündigenden besorgen lassen.

Die vorläufige Vormundschaft bezweckt, der Gefahr vorzubeugen, daß für die Person oder das Vermögen desjenigen, dessen Entmündigung beantragt ist, in dem Zeitraume, den die Durchführung des Verfahrens erfordert, Nachteile entstehen, deren Abwendung der Zweck der Entmündigung ist, sie soll dem Schutzbedürfnis einstweilen abhelfen, zu dessen endgültiger Befriedigung die Entmündigung und die

sich an sie anschließende Vormundschaft bestimmt ist. Der § 1906 B. G. B. macht deshalb die Anordnung der Maßregel nur davon abhängig, daß die Entmündigung beantragt ist und das Vormundschaftsgericht die vorläufige Vormundschaft zur Abwendung einer erheblichen Gefährdung der Person oder des Vermögens des zu Entmündigenden für erforderlich erachtet, des Nachweises eines Entmündigungsgrundes bedarf es nicht, es genügt, daß Grund zu der Besorgnis besteht, für den zu Entmündigenden werde erheblicher Nachteil entstehen, wenn er bis zur Beendigung des Entmündigungsverfahrens sich selbst überlassen wird. An dieser Voraussetzung fehlt es, wenn von vornherein anzunehmen ist, daß der Entmündigungsantrag keinen Erfolg haben werde (Planck-Unzner, Komm. z. B. G. B., 3. Aufl., Bd. 4, pag. 799, Note 1 b; Beschl. des Bayer. O.-L.-G. vom 8. März und vom 26. April 1907, Reg. III, Nr. 18/24, 1907), aber eine Ungewißheit, bei der ernster Zweifel besteht, ob nicht ein Entmündigungsgrund vorhanden ist, vermag allerdings die die Anordnung der Maßregel rechtfertigende Besorgnis zu begründen. (Bayer. O. L. G. 10. Mai 1907.)

D. R. pag. 760. Entsch. Nr. 1670.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— Die Nathaniel Freiherr **v. Rothschildsche Stiftung** für Nervenkranke in **Wien** geht daran, eine **Anstalt für Nervenkranke** an der Peripherie des Wiener Gemeindegebietes zu errichten. Die Anstalt ist bestimmt für Nervenkranke mit Ausschluß der Geisteskranken, unheilbaren Epileptiker und der Kranken mit anatomischen Erkrankungen des Gehirns und des Rückenmarkes. Vorläufig sollen zwei Pavillons für je 50 Kranke errichtet werden; für später ist die Erweiterung für etwa 300 Kranke in Aussicht genommen.

Das Kuratorium beabsichtigt schon jetzt den leitenden Arzt zu ernennen, damit derselbe beim Bau und der Einrichtung der Anstalt mitwirken könne. Bewerber um diese Stelle, die Ärzte mit Doktorgrad sein müssen, werden ersucht, Offerte an das Kuratorium der Stiftung (Wien I., Hohenstaufengasse 10) zu richten, in denen sie ihre Qualifikation zur Leitung einer solchen Anstalt nachweisen und ihre Gehaltsansprüche bekanntgeben. Der leitende Arzt muß in der Anstalt wohnen und auf die Ausübung von Privatpraxis verzichten. Die Angestellten der Anstalt haben Anspruch auf Ruhe und Versorgungsbezüge. Anfragen um Auskünfte sind zu richten an Herrn Prof. Wagner v. Jauregg, Wien I., Landesgerichtsstraße 18. Der Termin dieser Konkurrenz läuft ab am 15. Mai 1908.

Referate.

— Über die Jodtherapie bei arteriosklerotischer Gehirnatrophie schreibt Professor A. Cramer-Göttingen in seinem klinischen Vortrag: „Die Behandlung der arteriosklerotischen Atrophie des Großhirns" (Deutsche Medizin. Wochenschrift, Nr. 47, 1907):

„Die medikamentöse Therapie besteht in der Darreichung von Jodpräparaten. In den allermeisten Fällen kommt man mit Jodkalium oder Jodnatrium, das in einfacher Lösung gegeben wird, aus. Ich fange mit ¼ g an und steige, wenn es gut vertragen wird, rasch auf zwei, auch drei, ja sogar vier Gramm pro die. Im allgemeinen kommt es darauf an, die Joddarreichung nicht zu sehr zu forzieren. Denn eine Kur kann nur Erfolg haben, wenn sie möglichst lange fortgesetzt wird, mit ein paar Wochen ist hier nichts getan; das wichtigste ist, daß Jod jahrelang, wenn auch mit kurzen, 8 bis 14 tägigen Pausen, die alle sechs Wochen eingeschaltet werden, gegeben werden kann.

Was zunächst das Herz betrifft, so zeigen viele Patienten nach Jodkaliumdarreichung häufig eine ausgesprochene Besserung ihrer arteriosklerotischen Herzbeschwerden.

Daß einzelne Patienten eine gewisse Idiosynkrasie gegen Jod haben und sofort mit starkem Schnupfen reagieren, ist bekannt; ich habe die Erscheinung nicht erwähnt, weil sie nicht so wichtig ist und viele Patienten trotzdem bei vorsichtigem Vorgehen noch an das Jod gewöhnt werden können. Schwieriger liegen die Verhältnisse, wenn der Magen versagt oder die Nieren Schwierigkeiten machen. Das heißt für den ersten Fall, wenn der Appetit abnimmt, für den letzteren Fall, wenn das Eiweiß zunimmt. In solchen Fällen müssen wir sofort mit der Jodmedikation aufhören. So selbstverständlich es ist, so muß man bei der Verordnung doch immer darauf aufmerksam machen, daß die Jodlösung nie pur, sondern immer mit etwas Milch und am besten nach der Mahlzeit genommen wird. Geht trotzdem die Nahrungsaufnahme deutlich zurück, so müssen wir uns nach anderen Jodpräparaten umsehen. Hier kommen in Betracht Sajodin und Jodipin. Mit beiden Präparaten kann man dieselbe Wirkung wie mit Jodnatrium oder Jodkalium erzielen. Aber man ist auch hierbei nie sicher, ob nicht der Magen allmählich versagt. Auf jeden Fall haben wir aber in diesen beiden Präparaten eine schätzenswerte Hilfe, um in den Fällen, wo der Patient dringend nach einer Abhilfe verlangt, eine Änderung in der Medikation eintreten zu lassen. Im letzten halben Jahre habe ich auch ausgedehntere Versuche mit einem Jodester, Jothion gemacht, das sich entschieden in den Fällen, wo man mit der innerlichen Darreichung kein Glück hat, zu bewähren scheint. Unangenehme Erscheinungen von seiten der Haut, wo es eingerieben wird, habe ich noch nicht gesehen."

— Dana, L. Charles: The limitation of the term Hysteria, with a consideration of the nature of Hysteria and certain allied pychoses. (Publications of Cornell University medical college. — New York 1907.)

Verfasser teilt die Psychoneurosen folgendermaßen ein:

1. Hysteria major, oder Hysterie im engeren Sinne.

2. Psychataxia.

3. Phrenasthenia mit Zwangsvorstellungen, Zweifelsucht, Phobien, krankhaften Antrieben unter Einschluß einiger Formen der Dipsomanie.

4. Neurasthenie.

5. Abortivformen von ausgesprochenen Psychosen wie Melancholie, Demenz usw.

Der Begriff der eigentlichen Hysterie (Hysteria major) wird enger umgrenzt. Verf. erblickt das Wesen der Hysterie in einer von Jugend auf dauernden krankhaften Verfassung der Psyche, wobei Vorstellungen und Affekte, die nicht zum Bewußtsein kommen, objektiv nachweisbare körperliche Symptome erzeugen. Diese Hysterie im engeren Sinne ist nach Dana eine seltene, aber leicht zu diagnostizierende Krankheit, von der Männer genau so oft befallen werden wie Frauen.

Abtrennen vom Begriff der Hysterie will Verf. alle die hysterischen Züge, die episodenweise in jeder Psychose auftreten können und die nur eine individuelle Reaktionsform darstellen.

Mit Psychataxia bezeichnet Verf. jene degenerativen Formen, wie wir sie fast ausschließlich bei hysterischen (d. h. hier nach unserer Terminologie) Frauen finden. Es händelt sich dabei zumeist um nicht unintelligente Frauen, die ihr ganzes Leben hindurch verwöhnt wurden und nie Selbstzucht übten. Es sind dies jene willensschwachen, egoistischen, launenhaften Frauen, die ständig krank erscheinen wollen, mit großem Behagen von ihrer Krankheit reden und nur auf ihre „Genesung" bedacht sind. Alle ihre Handlungen sind die Folgen momentaner Einfälle. An grillenhaften Ideen wird einsichtslos festgehalten. Obwohl körperlich kaum wirklich krank, leiden sie fast immer an Migräne oder anderen kleineren Indispositionen. An Wutausbrüchen und Heulszenen fehlt es nicht, aber zu eigentlichen hysterischen Krisen, Konvulsionen, Lähmungen, Kontrakturen, Anästhesien kommt es nicht. Nun, jeder Arzt kennt sie ja wohl zur Genüge, diese — wie wir sagen — hysterischen Frauen, welche das größte Unglück in der eigenen Familie bilden, der gegenüber sie sich bis aufs äußerste als pflichtvergessene Gattin und Mutter zeigen. Verf. unterscheidet noch mildere und ausgesprochenere Formen dieser Psychataxie, wovon die letzteren mit der Hysterie im engeren Sinne, mit der Hypochondrie und mit der Neurasthenie viel Ähnlichkeit haben, ohne aber den Namen dieser Krankheiten beanspruchen zu können. Eine sehr interessante Frage — die Dana hier nicht erörtert — wäre die der forensen Beurteilung dieser Psychataktiker. Horstmann.

— G. Lomer, Liebe und Psychose. Wiesbaden, Bergmann. 1907. (Heft 49 der Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens.)

Eine sehr originelle Bearbeitung dieses heiklen und gefährlichen Themas; selbst da, wo der Verf. lebhaften Widerspruch wachruft, wirkt er unmittelbar und anregend. Die Quintessenz seiner Darstellung ist: „Die Liebe als gemeinnützige und darum physiologische (temporäre) Paranoia, ihre perversen Auswüchse aber als exquisit gemeingefährliche Anlagen erkannt zu haben."

In einem einleitenden Abschnitt wird „Entstehung, Wesen und Zweck der Liebe" besprochen. Den Hauptplatz nimmt aber der 2. Teil ein, in welchem „die Symptome" erörtert werden. Der Vergleich mit der Paranoia wird streng durchgeführt. Der Beginn der Liebesinfektion kann akut oder schleichend sein; die Entwicklung ist aber eine typische, ein spezifisch physiologischer Prozeß von bestimmter Gesetzmäßigkeit. Dem objektivsten Blick wird die Klarheit genommen (Perversion des ethischen und ästhetischen Gefühls); eine kolossale Fälschung des Werturteils in bezug auf die geliebte Person tritt ein, eine Illusionierung, von der kein Sinnesgebiet ausgeschlossen ist. Aus der veränderten Wahrnehmung folgt ein verändertes Schlüsseziehen und Handeln, also eine veränderte Persönlichkeit (überwertige Vorstellungsgruppe der Paranoia). Findet durch die Liebe auf der einen Seite eine Einschränkung der Persönlichkeit statt, so aber auch andererseits eine Steigerung ganz wie bei der Paranoia. Macht die Liebe den Mann schwach gegen die Geliebte, so macht sie ihn dagegen stark gegenüber der sonstigen Außenwelt und erweckt neue Eigenschaften in diesem Kampf ums Dasein der Rasse. Nur durch den exquisit gemeinnützigen Charakter unterscheidet sich die Liebe von der Paranoia, die nur darum als Krankheit imponiert, weil bei ihr die überwertige dominierende Vorstellungsgruppe zufällig einen stark antisozialen Charakter trägt. Der paranoische Typus der Liebe äußert sich auch in der Dissimulation, im Fetischismus (autoerotische Züge bei Paranoia?) und besonders in der Eifersucht; Liebe ohne Eifersucht erklärt Verf. als Unding; die Eifersucht ist höchste Potenz des Rassenegoismus. Mit der ersten vollen geschlechtlichen Befriedigung setzt dann die Krisis der Liebesaffektion ein, ein mehr oder minder kritischer Gefühlsabfall mit zunehmender Klarheit des Bewußtseins. Das Individuum wird dann entweder dauernd oder doch für eine gewisse Zeit psychisch immun.

Verf. bespricht auch die psychischen Störungen infolge Liebesenttäuschung und weist auf die innige kausale Verknüpfung der unter den Sammelbegriff Dementia praecox fallenden Psychosen mit sexuellen Vorgängen hin.

Der 3. Teil beschäftigt sich kurz mit den abnormen Richtungen des Liebestriebs. Probst-Eglfing.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 7. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh Med.-Rat, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien). Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Wien. Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Haematogen Hommel

völlig alkohol- und ätherfrei

(gereinigtes concentr. Haemoglobin [DRP. Nr 81391] 80⁰ chem. reines Glyzerin inkl. Geschmakscorrigens 20⁰).

Warnung!

☛ Wir warnen vor Nachahmungen und bitten stets **Haematogen Hommel** zu ordinieren. „Haematogen Hommel" wird zur sicheren Abtötung etwaiger Bakterien während 24 Stunden der höchst zulässigen Temperatur (ca. 55⁰ C) ausgesetzt, ist daher absolut tuberkelbazillenfrei, völlig entgast und frei von Hippursäure und flüchtiger Fettsäure, während die auf kaltem Wege mittels Ätherfällung dargestellten Nachahmungen nur gewöhnliche Mischungen repräsentieren, sie bieten keine Sicherheit der Keimfreiheit und bleiben mit den Gasen und Excretionsstoffen des Blutes belastet.

Anzeigen

betreffs

Stellen-Angebote

und

Stellen-Gesuche

finden durch die

Psych.-neurol. Wochenschrift

die

weiteste Verbreitung.

Die Geschäftsstelle d. psychiatr.-neurolog. Wochenschrift, Halle a. S., Reilstr. 80.

„Friedheim" Zihlschlacht

Thurgau, Schweiz.

Comfortables Heim
(gegründet 1890)

für Nerven- u. Gemüts-kranke besserer Stände

inkl. **Alkoholiker** beiderlei Geschl.

Dr. F. Krayenbühl

Spezialarzt.

Neuronal

(Bromdiaethylacetamid D. R.-P.)

Bewährtes, unschädliches **Hypnoticum** in Gaben von 0,5—1,0—2,0 g.
Ausgezeichnetes **Sedativum** und Ersatz der Bromsalze in Gaben von 1—2—3 g. pro die
Antiepilepticum 3 mal täglich 0,5 g.
Analgeticum bei epileptischem Kopfweh 0,5 g.
Neuronal-Tabletten zu 0,5 g.

Neurofebrin **(Neuronal-Antifebrin āā).** Hervorragende Erfolge bei nervösem Kopfschmerz, Migräne und den Unruhezuständen der Frauen zur Zeit der Menses.

Neurofebrin-Tabletten zu 0,5 g. 937

Orexin	Jodol	Hetol
echtes Stomachicum **Orexin-Tabletten** und **Orexin-Chocol.-Tabletten.**	Bester Jodoform-Ersatz **Menthol-Jodol.**	**Hetol-Injektionen.**

Litteratur durch: **Kalle & Co. A.-G., Biebrich a. Rh.**

Assistenzarzt gesucht

für **neurologische Ambulanz** und **Privatklinik.**

Dr. S. G. A. Seeligmüller, Nervenarzt,
Halle a. S., gr. Steinstraße 69.

Dr. Warda, früher I. Assistenzarzt von Herrn Geheimrat Professor Dr. Binswanger in Jena, empfiehlt seine Heilanstalt für Nervenkranke

Villa Emilia

zu **Blankenburg** im Schwarzatal (Thüringen). Die Anstalt ist durch einen schönen und zweckmäßigen Neubau vergrößert und das ganze Jahr geöffnet. 987

Seit 17 Jahren

erfreut sich Kathreiners Malzkaffee wegen seines würzig-angenehmen Geschmackes, seines feinen Aromas und seiner absoluten Unschädlichkeit immer steigender Beliebtheit in Ärztekreisen. Eine große Anzahl Gutachten von Medizinern beweist, welches Wohlwollen dem „Kathreiner" von den Herren Ärzten entgegengebracht wird.

Den Herren Ärzten stellt die Firma Kathreiners Malzkaffee-Fabriken, München, Proben und Literatur kostenlos zur Verfügung.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823

Nr. 7. 9. Mai **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zum Bau der Irrenanstalten.

Von einem Anstaltsarzt.

Allenthalben in Deutschland schießen in den letzten Jahren große und größte Mammuthanstalten wie die Pilze aus dem Boden. Eine Reihe solcher sind im Bau, verschiedene projektiert. Bei einer derartigen regen Bautätigkeit sollte man wohl eine Entwicklung und einen Fortschritt darin verfolgen können. Wenn dies nun auch in einzelnen speziellen inneren Einrichtungen der Fall sein mag — obwohl man auch hier größere prinzipielle Extravaganzen kaum bemerkt —, so kann man dies von der äußeren Anlage jedenfalls nicht sagen.

Betrachtet man die Situationspläne dieser „modernen“ Anstalten, so gleichen sie sich wie ein Ei dem andern. Mit geradezu katatoner Stereotypie gruppieren sich die mehr oder minder schön gebauten Häuschen um das Versammlungshaus und die Heizanlage, wobei sich die einzelnen Anstalten nur in der Distanz zwischen den „Pavillons“ gegenseitig zu überbieten versuchen. Da man nirgends auf einen Versuch stößt, von diesem einmal vorhandenen Schema abzuweichen, muß man sich wohl fragen, ob denn mit diesem ausgesprochenen Pavillonstil für alle Zwecke das Ideal einer Anstalt erreicht ist, so daß es niemandem mehr einfällt, etwas daran zu ändern, oder ob nur das einmal vorhandene Schema, das für gewisse Zwecke das Ideal darstellte, infolge des Beharrungsvermögens, vielleicht auch aus Bequemlichkeit, immer wieder kopiert wird.

Die Tatsache ist um so merkwürdiger, als doch die Aufgaben und der Betrieb der einzelnen Anstalten recht verschiedenartig sind.

Eine Anstalt mit vielen Neuaufnahmen, z. B. in der Nähe der Großstadt, muß sich doch auf einen andern Betrieb einstellen als eine Anstalt mit vorwiegend gleichartigen, Ackerbau treibenden Pflegekranken. Warum also Anstalten mit solch differenten Aufgaben im Bau einander gleich sein müssen, ist nicht recht ersichtlich und sollte erst bewiesen werden. — Diese Frage anzuschneiden, scheint mir um so mehr berechtigt, als nicht nur der Bau, sondern auch der Betrieb einer solchen Pavillonstadt mit ganz enormen Kosten für die Allgemeinheit verknüpft ist, und es sich daher schon lohnen dürfte zu prüfen, ob nicht auf anderen Wegen sich eben so Gutes erreichen läßt. Es muß doch auffallen, daß Leute, die uns in praktischen Fragen wohl kaum etwas nachgeben und die vor uns das Pavillonsystem besaßen, wie die Amerikaner, davon wieder mehr und mehr zurückgekommen sind und gemischte Anstalten gebaut haben.

Der Weg, auf dem man zu dem jetzigen Anstaltstypus kam, ist bekannt. Die Einführung der freieren Behandlung, das Bestreben, das alte Vorurteil gegen die Geisteskranken zu zerstreuen und auch im Äußeren des Baues das düstere Gefängnisartige der früheren Irrenanstalt zu vermeiden, hat den Anstoß dazu gegeben. Als Vorbilder dienten das englische Cottagesystem und in Deutschland besonders die Anlage von Alt-Scherbitz mit seinen hübschen kleinen Häusern für freie Behandlung, obwohl diese kleinen billigen Häuschen kaum mehr mit einem der modernen Pavillons, der mit allen Chikanen eines Krankenhauses im allgemeinen und einer Beobachtungsstation im besonderen ausgerüstet ist, sich vergleichen lassen.

Ästhetische Gründe dürften aber allein wohl nicht genügt haben, den Pavillonstil einzuführen. Man glaubte vielmehr, gewissen hygienischen Forderungen besser Rechnung tragen, vor allem aber die Forderung möglichster räumlicher und akustischer Trennung der einzelnen Krankenkategorien besser durchführen zu können. Die Kranken aber, hoffte man, würden sich in einem frei gelegenen Pavillon weniger eingeschlossen fühlen als in einem großen Gebäude. Freilich dürfte für das Zustandekommen einer derartigen Freiheitsillusion bei einem in der Beobachtungsstation

hinter geschlossenen Türen und Fenstern, im Bett oder Dauerbad befindlichen Kranken, schon ein vorgerückteres Stadium der Dementia praecox oder Paralyse erforderlich sein.

Den Schwierigkeiten der Heizung und Verpflegung weitab liegender Häuser hoffte man mit guten Zentralanlagen begegnen zu können.

Werden nun diese Vorteile durch das Pavillonsystem erreicht, oder sind sie nicht in anderer Weise ebensogut, billiger, vielleicht sogar besser zu erreichen?

Allerdings gewährt eine solche, in Gärten oder im Walde liegende Krankenstadt einen ganz hübschen Anblick. Das kann aber allein nicht maßgebend sein. Die räumliche Trennung der einzelnen Gruppen von Kranken ist allerdings notwendig. Es frägt sich aber, ob es auch nötig ist, sie gleich so weit voneinander zu legen, daß alles kilometerweit herbeigeschafft werden muß und der Arzt im Winter nur noch ausgerüstet wie eine Teerjacke von der Waterkant bei Nordwest Visite machen kann, wobei er dann noch, was gar nicht wünschenswert ist, in seinem Anmarsch stets von dem Wartepersonal bemerkt wird. Was aber sehr wichtig ist — und hierin macht sich ein wesentlicher Unterschied zwischen Anstalten mit stationärem gleichartigem Krankenmaterial und solchen mit vielen frischen, häufig wechselnden Kranken geltend —, es sind rasch nötig werdende Verschiebungen Kranker nach anderen Abteilungen und zurück, besonders bei Nacht, sehr erschwert. — Was ferner den Lärm betrifft, so dringt er bekanntlich aus einem freistehenden Gebäude viel stärker in die gegenüberliegenden als in ein seitlich angebautes Haus. Die Schwierigkeiten, die der Transport des Essens im Winter und das Versagen der Zentralheizung in abgelegenen Gebäuden macht — letzteres kann theoretisch zwar nie vorkommen, kommt aber nach Berichten des frierenden Personals und der Kranken tatsächlich doch vor —, möchte ich nur beiläufig erwähnen. Jede große Anstalt kann ein Lied davon singen. Daß aber der Betrieb in einer solchen, räumlich sehr weit auseinander gezogenen Anstalt schwerfällig, umständlich und zeitraubend ist, dürfte wohl kaum eine Frage sein. Namentlich für den Arzt, der seine Sache ernst nimmt und seine schwereren Kranken recht häufig sehen möchte, sowie für das Oberwartepersonal stellt dieser Dienst keineswegs das Ideal dar.

Es frägt sich nun, auf welche Weise ließe sich vielleicht das Gute, das uns das Pavillonsystem gebracht hat, bewahren und die Unzukömmlichkeiten, die durch die allzu große räumliche Ausdehnung verursacht werden, vermeiden.

Dies scheint mir für gewisse Zwecke am ersten möglich zu sein durch eine gemischte Bauweise, das heißt Zusammenziehung gewisser Krankenabteilungen zu einer Zentralanstalt und Pavillons. Daß vielleicht manche Kollegen an Anstalten, wo an ein altes unzweckmäßiges Zentralgebäude neue Pavillons hinzugebaut wurden, so daß das Ganze sich nicht organisch zusammenfügte, damit schlechte Erfahrungen gemacht haben, spricht nicht gegen den Vorschlag. An Vorbildern fehlt es für eine solche Anlage nicht. Bekanntlich kommt man im Krankenhausbau von dem eine Zeitlang beliebten Barackenstil auch zurück und zieht die Häuser näher zusammen oder vereinigt sie. Auch bei Irrenanstalten hat man Beispiele von neueren gemischten Anstalten, Zentralanstalt und Pavillons. Ich nenne nur das St. Lawrence State Hospital des Staates New-York. — Es ist hier nicht der Platz, sich auf Einzelheiten einzulassen, doch wäre die Sache im allgemeinen so zu denken, daß die Zentralanstalt alle diejenigen Abteilungen enthalten würde, in denen der ärztliche Dienst am intensivsten sein muß, nämlich: Aufnahmestation, ruhige, halbruhige und unruhige Beobachtungsstation, Siechenabteilung usw. Die große Zahl der stationär gewordenen Fälle, die nicht frei behandelt werden können, wären nach wie vor in Pavillons unterzubringen; die arbeitenden, ruhigen, nicht der Überwachung bedürftigen chronischen Kranken und Rekonvaleszenten ebenso in Landhäusern an der Peripherie der Anstalt; nicht minder Pensionärabteilungen usw. Die Abteilungen mit klinischem Betrieb sollten aber unter einem Dache vereinigt sein. Warum soll denn eine Anstalt mit Gewalt den Eindruck einer Villenkolonie und keines Krankenhauses machen? Behandeln wir denn unsere frischen und beobachtungsbedürftigen Kranken anders als mit Bettruhe und Bädern? Sind die Erfolge der psychiatrischen Kliniken etwa schlechter, weil sie ihr frisches und wechselndes Krankenmaterial meist unter einem Dache oder wenigstens nahe beisammen haben? Ein derartiger Zentralbau muß auch gar nicht das Aussehen einer Kaserne oder eines Gefängnisses haben. Mit den heutigen Mitteln kann er sowohl hygienisch vollkommen sein — werden doch selbst neue große Krankenhäuser z. B. in Karlsruhe so gebaut —, als auch im Äußern keinen einförmigen Eindruck machen. Er kann gegliedert sein, so daß die einzelnen Abteilungen baulich hervorgehoben werden, diese können die Front wechseln, staffelförmig angeordnet sein usw. Die Hauptsache ist, der klinische Dienst des Arztes wird intensiver sein können, weil er vereinfacht ist, wie auch der ganze

wirtschaftliche Betrieb. Die Kranken aber werden zum mindesten nicht schlechter untergebracht sein als in Pavillons.

In den größeren Heil- und Pflegeanstalten würde also die Zentralanstalt die Parallele darstellen zu den Stadtasylen oder Kliniken im Sinne Kraepelins und Dannemanns und vorwiegend Überwachungsabteilungen enthalten. Die dazu gehörigen Pavillons würden das Seitenstück zur Pflegeanstalt resp. der kolonialen Anstalt abgeben.

Durch das Zusammenziehen einer Anzahl von Abteilungen zu einer Zentralanstalt werden aber auch die Pavillons näher an das Ganze herangezogen werden können. Dadurch wird nicht nur Boden gewonnen, sondern die ganze Anlage wird wesentlich billiger werden. Hier möchte Verfasser vorausschicken, daß er keineswegs für ein Sparsystem ist, sondern auf dem Standpunkte steht, daß für die Kranken das Beste gerade gut genug ist. Wo aber eben so Gutes oder selbst Besseres billiger erreicht werden kann, sollte man diese Möglichkeiten doch in Erwägung ziehen. Daß die gemischte Bauweise billiger ist, dürfte nicht zu bezweifeln sein. Ich will nur einiges erwähnen. In einem Zentralbau muß nur eine Seite als Front ausgebaut werden, was eine erhebliche Ersparnis bedeutet. Ferner können durch Zusammenziehen der ganzen Anlage, da auch die übrigen Häuser näher heranrücken können, hunderte von Metern an Kanälen und Leitungen gespart werden. Die Heizung wird durch geringeren Wärmeverlust verbilligt usw.

Ein Teil des Ersparten könnte einmal für die innere Ausstattung und den Komfort verwendet werden, vor allem aber für die in den meisten Anstalten sehr stiefmütterlich behandelte Therapie. Im großen und ganzen beschränkt sich doch die Behandlung in den meisten Irrenanstalten auf arzneiliche Beruhigungsmittel, Bettruhe und Dauerbäder, welch letztere beide zuweilen allerdings wahre Orgien feiern. Es befinden sich aber in den Anstalten auch eine Menge anderer Kranker, nicht nur Aufgeregte; z. B. solche mit nervösen und Ernährungsstörungen aller Art. Von den Nervensanatorien könnte man aber lernen, daß hier eine individuell angewandte Hydrotherapie, elektrische Behandlung, passive und aktive Gymnastik, Licht- und Luftbäder usw., vor allem aber auch individuelle Arbeitstherapie, die sich jedoch nicht nur auf die, noch dazu in einem Teil des Jahres ruhende Feldarbeit beschränken sollte, sehr gute Erfolge hat.

Die Einrichtungen dazu fehlen in den meisten deutschen Anstalten, während sie z. B. in den neueren Anstalten Amerikas, selbst Südamerikas, ausgiebig vorhanden sind.

Fassen wir noch kurz zusammen, was in den vorstehenden Zeilen gesagt sein sollte, so ist es das, daß beim Anstaltsbau zurzeit zu sehr an einem Schema geklebt wird, einem Schema, das für gewisse Fälle wohl gut ist, in andern aber doch wohl Modifikationen zuläßt.

Für Anstalten mit vorwiegend stationären Kranken mit agrikolem Betrieb käme nach wie vor der ausgesprochene Pavillonstil in Betracht. Für Anstalten mit einem großen Prozentsatz von frischen Aufnahmen dagegen wäre eine gemischte Bauweise, Zentralanstalt und Pavillons, vorzuziehen. Die dabei gemachten Ersparnisse könnten auf den inneren Ausbau sowie auf ein verstärktes therapeutisches sowie wissenschaftliches Rüstzeug verwendet werden.

Wenn man dann zum Schlusse noch den Wunsch ausspricht, wie dies auch Kolb in seinem Atlas tut, daß die Anstalten die Zahl von 500 bis höchstens 700 Kranken nicht überschreiten sollten, so wird das gewiß ein frommer Wunsch bleiben, da er sich praktisch wohl kaum ausführen läßt.

Die Symbolik in den Legenden, Märchen, Gebräuchen und Träumen.

Von *A. Maeder*, Assistenzarzt an der Schweizerischen Anstalt für Epileptiker (Zürich).

(Schluß.)

Am Totenfest von Adonis wurde das Pflanzenreich in Anspruch genommen, indem man seine Bahre mit Orangen, Früchten aller Art, Blumen, besonders aber mit den „Adonisgärten" verzierte . . . bauchige Gefäße mit Erde angefüllt, in die man gegen die Zeit der Adonisfeier Weizen, Fenchel, Lattich säete, so daß sie in starker natürlicher oder künstlicher Wärme im Zimmer binnen acht Tagen ihre grünen Gräser über die Oberfläche hervortrieben."

Die Adonisfeier wurde fast nur von Frauen gefeiert. In der Reisebeschreibung vom Oberst de la Marmora wird über folgende interessante Sitte in Sardinien berichtet. „Man pflegt dort in ein aus Korkrinde gebildetes, mit Erde angefülltes Gefäß,

einige Zeit vor dem Johannisfest Getreide einzusäen, so daß es in der Nacht vor dem 24. Juni einen Ährenbüschel bildet. Dann wird es mit seidenen Stoffen und bunten Bändern ausgeschmückt, ans Fenster gestellt. Man fügt aus Mehl gebackene Puppen, an einigen Orten auch Bilder der Zeugungsorgane (Phallus) hinzu und führt bei Licht Tänze auf und tanzt auch im Freien um ein großes Feuer." Diese Puppen erinnern an die Büwenspatzen und Büwenspitzle (= Bubenspatze), auch aus Mehl gebacken, der Elsässer, und an die Schenkel oder Schenkeli unserer hiesigen Hausfrauen. Die Franzosen nennen dieses Gebäck „cuisses de dames".

In einem Traum kommt das junge, träumende Mädchen in einen Garten, wo ein Gärtner mit Wasserschlauch bewaffnet, Wasser spritzt. Die zahlreichen Einfälle zu Garten und Gärtner sind alle erotischen Ursprungs, einzelne enthalten geradezu Koitusgedanken. Der Traum einer epileptisch-hysterischen Patientin lautet wie folgt: „Wir gehen, Christian und ich, durch einen dichten Wald (Ch. ist Freund von der Jugend) und kommen vor ein großes Forsthaus, darunter ein hübscher Wasserfall, beiderseits vom letzteren ziehen schräg nach dem Hause zwei Wege hinauf. Wir gehen hinein, es ist unsere (erste) Hochzeitsnacht — dort oben ist es am schönsten — morgens als ich erwachte, glaubte ich, er stehe bei mir, vor dem Bett, und hatte eine große Freude — darauf schlief ich wieder ein und habe mich verschlafen."

Das Ganze ist ebenso durchsichtig wie dieses Märchen von Grimm, Die zwei Brüder, dessen Eingang in einer wenig bekannten Version folgendermaßen lautet:

Die zwei Brüder.

Grimm, Band 3, Seite 111: „Ein König hat eine Tochter, welche die Mäuse verfolgen, so daß er sie nicht anders zu retten weiß, als daß er einen Turm mitten in einem großen Fluß bauen und sie dorthin bringen läßt. Sie hat eine Dienerin bei sich, und einmal als sie zusammen in dem Turm sitzen, springt ein Wasserstrahl zum Fenster herein. Sie heißt die Dienerin ein Gefäß hinsetzen, welches sich füllt, worauf der Strahl aufhört. Beide trinken von dem Wasser und gebären danach zwei Söhne, wovon der eine Wasserpeter, der andere Wasserpaul genannt wird." Seite 112: „Ein König bestand darauf, daß seine Tochter nicht heiraten sollte und ließ ihr im Walde in der größten Einsamkeit ein Haus bauen, wo sie wohnen mußte und keinen fremden Menschen zu sehen bekam. Nah bei dem Haus sprang aber eine wunderbare Quelle, davon trank die Jungfrau und gebar hernach zwei einander ganz ähnliche Knaben, die jene Namen erhielten."

Hübsch ist der Ausdruck: eine Tochter, welche die Mäuse verfolgen — und nicht zu verwechseln mit einem alkoholischen Delirium. Der Turm, als Sinnbild der Uneinnehmbarkeit und der keuschen Jungfräulichkeit, wurde zum Symbol der heiligen Madonna — Maria wird auch im Ezechiel die „porta claustra", die verschlossene Pforte genannt.

Von den Mäusen als Symbol der männlichen Geschlechtsorgane wäre noch viel zu berichten. Voisin erzählte von einer epileptischen Kranken, welche in postparoxysmalem Delir von einer großen Maus oder männlichen Geschlechtsorganen, die zwischen ihren Beinen waren, geplagt wurde. In den Phantasien eines Realisten, von Lynkeus, steht ein Stück „Salomo als Maus", das von einer leidenschaftlichen Erotik durchdrungen ist und wo die Maus die unverkennbare Rolle spielt.

Einige Märchen behandeln dasselbe Thema.

Die Sexualsymbolik läßt uns den Sinn des im ganzen Österreichischen Kaiserreich geläufigen Spruches (Lit. 1) verstehen: Man muß im Brautgemach eine Katze zerreißen; oder „du zerreißt ihr eine Katze" als Begleitwort des Freundes einem Neuvermählten. Die Katze ist der behaarte Wald der Mädchen. Der Bräutigam soll das Mädchen, nach Art des Brautraubes, so behandeln, daß sie unter seiner grausamen Tat zusammenbricht und ihn für ihren Bezwinger anerkennt.

Von dem Vogel habe ich in der früher erwähnten Arbeit einiges mitgeteilt. Es wäre ein leichtes, die Liste zu verlängern. — Aus einer slavischen Erzählung entnehme ich folgenden Passus: Die Prinzessin erzählt ihrem Vater, ihr Mann habe ein Vöglein, welches er in sie hineinstecke, und das sänge so anmutig; süß erscheine es ihr auch, wenn das Vöglein Wasser trinke.

Zuletzt möchte ich noch der Litholätrie oder Anbetung der Gesteine gedenken. Sämtliche Völker haben ihre megalithische Periode durchgemacht, und die Menhirs und Penlvans, welche zuerst nur in Frankreich gefunden, werden in allen Gegenden der Welt angetroffen. Der Kultus der aufgerichteten, spitzigen Steine als Symbol des männlichen Geschlechtsorgans und der männlichen Kraft ist nicht ohne Spur verschwunden, wie folgende alte Sitten beweisen. In Saint-Ours (Basses-Alpes) schlitten die Mädchen von einem heiligen Felsen hinunter, um einen Mann zu bekommen; die sterilen Frauen und Mädchen von dem Bourg-d'Oueil küssen ihren Menhir (Stein) auf besondere Art. Im Jura tanzen die Mädchen um

einen aufgerichteten Stein (siehe oben der Tanz der Negerinnen um die Schlange). Aus Splittern derselben werden Amulettes gemacht, welche die frommen Damen in Rom, Neapel, in Indien, in Egypten als Halsbänder tragen. In Fougma, in den Inseln Mariannes, zeigt man einen Felsen, aus dessen Splittern die gänze Menschheit stammt. Im Tempel Eros zu Thespis war der Gott der Liebe durch einen aufgerichteten Stein dargestellt; das gilt auch für Fricco, den germanischen Gott der Hochzeiten. Die abgerundeten, platten oder gestreiften Steine hatten einen weiblichen Charakter; der berühmteste ist wohl die Kaaba von der Mekka, auf welchen Trankopfer — Blut, Wein — gegossen wurden.

Literatur:

1. Krauss, Anthropophyteia I u. II.
2. Creuzer, Symbolik und Mythologie der alten Völker. 4 Bände.
3. Gubernatis, Mythologie zoologique.
4. H. Ellis, Geschlechtstrieb und Schamgefühl.
5. Jung, Zur Psychologie der Dementia präcox.
6. Freud, Traumdeutung und Bruchstücke einer Hysterieanalyse.
7. Bleuler, Freudsche Mechanismen in den Psychosen. (Psych. Neurol. Wochenschrift.) 1906.
8. Riklin, Psychologie und Symbolik der Märchen. (Ibidem.) 1907.
9. Maeder, Essai d'interprétation de quelques rêves. (Archive de Psychologie, t. VI.)
10. Grimms Hausmärchen. Reklam-Ausgabe.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VII.

Aus der Literatur des Jahres 1907 zusammengestellt

von *Ernst Schultze.*

(Fortsetzung.)

§ 1906. §§ 646. 680 Z. P. O.

Die Tochter ist zur Stellung des Antrags auf Entmündigung ihres Vaters wegen Verschwendung und Trunksucht und darum auch zur Stellung des Antrags auf Stellung unter vorläufige Vormundschaft namentlich dann berechtigt, wenn sie mit ihm in fortgesetzter Gütergemeinschaft lebt. Zur Stellung unter vorläufige Vormundschaft genügt die Glaubhaftmachung der Entmündigungstatsachen.

Das Landgericht hebt mit Recht hervor, daß bei einem Antrag auf Entmündigung wegen Verschwendung und Trunksucht die Gefahr, daß der zu Entmündigende in der Zwischenzeit bis zur Entmündigung sein Vermögen vollends verschleudere, erfahrungsgemäß besonders nahe gerückt sei und darum das Mittel zur Verhütung dieser Gefahr, die Stellung unter vorläufige Vormundschaft, schon bei Glaubhaftmachung der Entmündigungstatsachen gewährt werden müsse und nicht erst dann, wenn voller Beweis für diese erbracht worden ist. Die rechtliche Bedeutung des Antrags auf Anordnung einer vorläufigen Vormundschaft ist die gleiche, wie die eines Antrages auf Erlassung einer einstweiligen Verfügung im Sinne des § 940 Z. P. O., und es muß darum, wie nach §§ 936 und 920 Abs. 2 Z. P. O., für diesen genügen, daß die maßgebenden Tatsachen zunächst nur glaubhaft gemacht werden. Ob dies letztere in ausreichendem Maße der Fall sei, ist in erster Linie dem richterlichen Ermessen anheimgestellt. (Bayer. O. L. G. 22. Juli 1907.)

D. R. pag. 1140. Entsch. Nr. 2754.

§§ 1906. 114 B. G. B. §§ 52. 16 F. G. G.

Die Stellung unter vorläufige Vormundschaft wird nach § 52 F. G. G., wenn die Entmündigung wegen Geistesschwäche, Verschwendung oder Trunksucht beantragt ist, erst mit der förmlichen Bekanntmachung der Verfügung an den zu Entmündigenden wirksam.

Die Bekanntmachung „erfolgt" (nicht „soll erfolgen") nach § 16 Abs. 2 in Verbindung mit § 60 Nr. 5 F. G. G. „durch Zustellung nach den für die Zustellung von amtswegen geltenden Vorschriften der Z. P. O." Danach ist die Zustellung der Verfügung an den zu Bevormundenden Erfordernis ihrer Wirksamkeit, also des Eintritts der Beschränkung in der Geschäftsfähigkeit, „die bloße Tatsache, daß der Bevormundete auf irgendeine Weise Kenntnis von der Bestellung des Vormundes erlangt hatte, steht der Bekanntmachung durch das Gericht nicht gleich." Diesen Grundsatz hat das K. G. bereits in einer Entscheidung vom 13. April 1905 („Recht", 1904, pag. 316, Nr. 1512) ausgesprochen, und es ergänzt ihn hier dahin, daß die förmliche Bekanntmachung auch nicht durch eine irgendwie sonst geartete Mitteilung des Gerichts ersetzt werden kann. (K. G. Berlin. 13. Dezember 1906.)

D. R. pag. 66. Entsch. Nr. 81.

§§ 1909. 1667. 1670.

Ein gemäß §§ 1667, 1670 zur Wahrnehmung der Rechte des Pfleglings berufener Pfleger ist auch zur Geltendmachung von weiteren Maßregeln ermächtigt, sofern diese sich zum Zwecke der Sicherung des Vermögens des Pfleglings als notwendig erweisen. (R. G. IV. 18. Februar 1907.)

D. R. pag. 452. Entsch. Nr. 899.

§§ 1910. 1920. 104. 2 F. G. G. § 56 II.

Der § 1910 Abs. 2 B. G. B. findet auch auf Geisteskranke im Sinne des § 104 Nr. 2, obwohl sie allgemein zur Versorgung ihrer Angelegenheiten außerstande sind, insofern Anwendung, als ihnen für einzelne Angelegenheiten oder einen Kreis solcher ein Pfleger bestellt werden kann (zu vergl. R. G. Bd. 52, pag. 240ff., R. J. A. in „Recht" 1905, Nr. 541). Der § 1920 B. G. B. bestimmt allgemein, daß eine nach § 1910 angeordnete Pflegschaft aufzuheben ist, wenn der Pflegebefohlene die Aufhebung beantragt. Eine Ausnahme für die Pflegschaft über Geisteskranke ist dabei nicht gemacht und die Entstehungsgeschichte des § 1920 ergibt nicht, daß eine solche Ausnahme in Erwägung gezogen ist. Deshalb muß es als nicht im Sinne des Gesetzes liegend angesehen werden, daß Geisteskrankheit des Pflegebefohlenen allgemein die Nichtigkeit seines Antrags auf Aufhebung der Pflegschaft zur Folge habe. Es muß vielmehr unterschieden werden, ob sie ihm die Äußerung eines verständlichen Verlangens auf Aufhebung der Pflegschaft unmöglich macht oder nicht. Ersterenfalls kann er einen Antrag im Sinne des § 1920 überhaupt nicht stellen, letzterenfalls ist sein Antrag wirksam. Würde der Unterschied für § 1920 nicht gemacht, so ergäbe sich die unannehmbare Folge, daß der als geisteskrank Angesehene gegen die ihn, wenn auch nicht rechtlich in der Geschäftsfähigkeit, so doch tatsächlich in der freien Besorgung seiner Angelegenheiten einschränkende Einleitung einer Pflegschaft kein Rechtsmittel hätte. Denn er würde dann nicht nach § 1920 B. G. B. antragsberechtigt und demgemäß auch nach § 59 Abs. 2 F. G. G. nicht beschwerdeberechtigt sein. Diese Folge stände in schroffem Widerspruche dazu, daß im Entmündigungsverfahren nach § 645 Z. P. O. weitgehende Fürsorge getroffen ist, um vor der Entmündigung eine erschöpfende Erörterung der Frage der Geisteskrankheit zu sichern und um dem Entmündigten Rechtsbehelfe gegen die Entscheidung des Amtsgerichts zu geben. Demnach ist hier nur zu prüfen, ob der Beschwerdeführer seinen Antrag auf Aufhebung der Pflegschaft in einer Weise zum Ausdruck gebracht hat, welche sein Verständnis für dessen Inhalt und seinen Willen, die Pflegschaft solle aufgehoben werden, erkennen läßt. Dies kann nach dem Inhalt seiner Eingaben . . . . keinem Zweifel unterliegen. . . . (K. G. Berlin. 15. Februar 1905.)

D. R. 1906, pag. 954. Entsch. Nr. 2325.

§§ 1910. 104. 2.

Auch dem nach Maßgabe des § 104 Ziff. 2 Geschäftsunfähigen kann auf Grund des § 1910 Abs. 2 ein Pfleger bestellt werden. Die Zulässigkeit der Pflegschaft ist nicht davon abhängig, daß der Geschäftsunfähige seine Einwilligung zur Bestellung des Pflegers erteilt.

Auch der Entscheidung des Reichsgerichts vom 6. Oktober 1902 (Entsch. Bd. 52, pag. 240ff; zu vergl. R. J. A. Bd. 5, pag. 10ff.) liegt die Auffassung zugrunde, daß allgemein für geistig Gebrechliche, gleichviel wie im Einzelfalle die geistige Gebrechlichkeit geartet ist, die Bestellung eines Pflegers nach § 1910 Abs. 2 zulässig ist, möchte auch in dieser Entscheidung gemäß der damaligen Lage des Falles die Zulässigkeit der Pflegschaft unmittelbar nur im Anschluß an § 6 Nr. 1 B. G. B. erörtert sein. Hält man hiernach an sich für zulässig, dem Geistesgestörten, dessen Willensfreiheit dauernd ausgeschlossen ist, einen Pfleger an die Seite zu stellen, so steht weiter in Frage, ob auch in einem solchen Falle gemäß § 1910 Abs. 3 die Zulässigkeit der Pflegschaft davon abhängig ist, daß der im Sinne des § 104 Nr. 2 Geistesgestörte seine Einwilligung zur Bestellung des Pflegers erteilt. Dies muß verneint werden. Ist die geistige Gebrechlichkeit so beschaffen, daß der Gebrechliche im Sinne des § 104 Nr. 2 überhaupt keinen freien Willen hat, so ist davon auszugehen, daß eine Verständigung mit ihm über seine Einwilligung in die Bestellung eines Pflegers gänzlich ausgeschlossen ist. Demnach bedarf es in einem solchen Falle überhaupt nicht seiner Einwilligung. (R. G. IV. 10. Mai 1906.) D. R. pag. 537. Entsch. Nr. 1115.

§§ 1910. 1920.

Allerdings bedarf es, wenn der Pflegebefohlene die Aufhebung der Pflegschaft beantragt, keines Nachweises, daß die Sachlage sich verändert habe und der Pflegebefohlene wieder imstande sei, seine Angelegenheit selbst zu besorgen, allein die Prüfung ist erforderlich, ob die Willenserklärung des Pflegebefohlenen rechtlich wirksam ist. In dieser Hinsicht (§ 1920) kommt es nicht darauf an, ob dem Pflegebefohlenen die Äußerung eines verständlichen Verlangens möglich ist, und ob der Pflegebefohlene seinen Antrag auf Aufhebung der Pflegschaft in einer Weise

zum Ausdruck bringt, die sein Verständnis für dessen Inhalt und seinen Willen, die Pflegschaft solle aufgehoben werden, erkennen läßt, sondern darauf, ob nach den allgemeinen Bestimmungen des B. G. B. der Willenserklärung Wirksamkeit beizumessen ist. (R. G. IV. 2. Februar 1907.)

D. R. pag. 453. Entsch. Nr. 901.

§ 1920.

Daß der Aufhebungsantrag nicht zu beachten ist, wenn eine Verständigung mit dem Pflegebefohlenen nicht möglich ist, bestimmt § 1920 nicht. Einer solchen Bestimmung bedurfte es nicht; in § 1910 war die Ausnahmebestimmung erforderlich, weil eine Willenserklärung des Gebrechlichen für die Anordnung der Pflegschaft verlangt ist, in § 1920 war sie entbehrlich, weil die Pflegschaft bestehen bleibt, wenn kein wirksamer Antrag gestellt ist. Bei der Anwendung der Vorschrift des § 1920 kommt es also nicht sowohl darauf an, ob eine Verständigung mit dem Gebrechlichen möglich ist, als vielmehr darauf, ob dem von ihm erklärten Willen, es möge die Pflegschaft aufgehoben werden, rechtliche Bedeutung zukommt. Ist die Willenserklärung des Gebrechlichen nach § 105 Abs. 1 oder 2 nichtig, so kann sie keine Beachtung finden. (R. G. IV. 21. Februar 1907.)

D. R. pag. 453. Entsch. Nr. 902.

§ 1920.

Die Willenserklärung einer Person, die sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, ist rechtlich unwirksam, mag die Störung der Geistestätigkeit dauernd oder vorübergehend sein (§ 105 Abs. 1 mit § 104 Nr. 2 und § 105 Abs. 2 B. G. B.). Von der Willenserklärung einer solchen Person läßt sich die Anordnung der Pflegschaft nicht abhängig machen. In einem derartigen Falle greift die Ausnahme Platz, die § 1910 Abs. 3 zuläßt. Der Einwilligung bedarf es nicht, weil eine Verständigung mit dem Gebrechlichen nicht möglich ist. Hat der Gebrechliche im Sinne des § 104 Nr. 2 keinen freien Willen, so ist seine Einwilligung für die Anordnung der Pflegschaft nicht erforderlich. (R. G. IV. 21. Februar 1907.)

D. R. pag. 452. Entsch. Nr. 900.

§ 1920.

Ein in einer gewissen Richtung an krankhafter Störung der Geistestätigkeit Leidender kann freilich gleichwohl im Strafverfahren verhandlungsfähig und nach dem § 1920 zur Stellung des Antrags auf Aufhebung der Pflegschaft befähigt sein. Aber wenn er gerade in der Angelegenheit, um die es sich handelt, so von Wahnvorstellungen beherrscht ist, daß er unfähig ist, seine Interessen vernünftig zu vertreten, daß die Erklärungen, die er abgibt, und die Anträge, die er stellt, sich vielmehr als Ausflüsse der Geistesstörung darstellen, kann man ihn weder im Strafverfahren für verhandlungsfähig (R. G. St. Bd. 1, pag. 149, Bd. 29, pag. 324) noch nach dem § 1920 für befähigt erachten, die Aufhebung der Pflegschaft wirksam zu beantragen. Daß der Geisteskranke auch in solchem Falle für die Anfechtung des die Entmündigung aussprechenden Beschlusses als prozeßfähig gilt, hat seinen Grund darin, daß das Vorhandensein einer die Entmündigung rechtfertigenden Geistesstörung nur in einem mit den schützenden Formen der §§ 665 bis 671 Z. P. O. ausgestatteten Verfahren endgültig festgestellt werden kann. Die Anfechtung des die Wiederaufhebung der Entmündigung ablehnenden Beschlusses steht dem Entmündigten aber nicht ohne weiteres zu; nach § 679 Abs. 3 Z. P. O. steht es im Ermessen des Vorsitzenden des Prozeßgerichts, ihm dazu einen Rechtsanwalt als Vertreter beizuordnen, und der Vorsitzende wird die Beiordnung ablehnen, wenn er sich überzeugt, daß der Entschluß, auf die Wiederaufhebung der Entmündigung hinzuwirken, lediglich ein Ausfluß der den Entmündigten beherrschenden Wahnvorstellungen ist. Das Kammergericht irrt auch in der Annahme, daß der als geisteskrank Angesehene den die Aufhebung der Pflegschaft ablehnenden Beschluß nicht mit Beschwerde anfechten könne. Die Frage, ob der Beschwerdeführer nach § 59 Abs. 2 F. G. G. von der Ausübung des Beschwerderechts ausgeschlossen ist, hat das Beschwerdegericht selbständig zu entscheiden, es ist dabei an die von der Vorinstanz über den Geisteszustand des Pflegebefohlenen getroffene Feststellung nicht gebunden. Fällt die Prüfung des Beschwerdegerichts zu Ungunsten des Beschwerdeführers aus, so ist er in derselben Lage wie der Entmündigte, dem die Beiordnung eines Rechtsanwalts zur Anfechtung des die Wiederaufhebung der Entmündigung ablehnenden Beschlusses verweigert wird. Die Zulassung eines Antrags auf Aufhebung der Pflegschaft, der sich als Ausfluß der den Pflegebefohlenen beherrschenden krankhaften Vorstellungen darstellt, würde dem Zwecke des § 1910 widersprechen, sie würde, wie der gegenwärtige Fall klar zeigt, dazu führen, dem der Fürsorge durch Pflegschaft Bedürftigen die notwendige Fürsorge zu entziehen und ihm die Besorgung einer Angelegenheit zu überweisen, die er infolge seines geistigen Gebrechens nicht zu besorgen vermag. (Bayer. O. L. G.) D. R. 237/238.

§§ 1920. 1910.

Die Frage, ob für einen Geisteskranken eine Pflegschaft ohne seine Einwilligung angeordnet werden kann, und ob, wenn sie angeordnet ist, der Pflegling auch dann über den Antrag des Pflegers auf Aufhebung der Pflegschaft zu hören ist, wenn der Pflegling bei der Verweigerung der Einwilligung unter dem Einflusse von Wahnvorstellungen steht, die seine freie Willensbestimmung in dieser Angelegenheit dauernd ausschließen, hat das Bayer. O. L. G. im Hinblick auf den Beschluß des K. G. vom 15. Februar 1906 („Recht" 1906, S. 954, Nr. 2325), von dem es absehen will, dem R. G. zur Entscheidung vorgelegt. (Bayer. O. L. G. 26. Januar 1907.)

D. R. pag. 253. Entsch. Nr. 471.

VI. Zivilprozessordnung.

§ 91.

Dem zu Entmündigenden steht bei Ablehnung der Entmündigung ein Anspruch auf Erstattung seiner Gebühren und Auslagen gegen die Staatskasse nicht zu. (K. G. 26. II.) D. R. pag. 1206. Entsch. Nr. 2948.

§ 282.

Ein Beweisantritt lediglich über die Behauptung, daß ein Verstorbener geisteskrank gewesen, an Paranoia senilis gelitten habe, ist unzulässig, wenn diese Behauptung nicht durch tatsächliche Anführungen näher begründet wird. (R. G. IV. 11. Februar 1907.)

D. R. pag. 639. Entsch. Nr. 1327.

§ 286.

Die einschränkenden Bemerkungen in den Aussagen von Zeugen und Sachverständigen: „meiner Erinnerung nach" oder „soviel ich weiß" sind an sich selbstverständliche Vorbehalte jeder Bekundung eines Zeugen oder Sachverständigen. Ob sie in einem einzelnen Falle mehr bedeuten und die Glaubwürdigkeit der Aussagen abzuschwächen geeignet sind, ist Sache der freien richterlichen Überzeugung. (R. G. VI. 14. Februar 1907.)

D. R. pag. 455. Entsch. Nr. 911.

§ 384.

Die Frage, ob es sich um ein Geheimnis handelt, kann nur nach den Umständen des betr. Falles beantwortet werden, wenn nicht das Gesetz selbst es besagt. In der Regel wird man eine Tatsache dann als Geheimnis ansehen, wenn sie nur bestimmten Personen bekannt sein soll und bekannt ist. (R. G. II. 18. Januar 1907.)

D. R. pag. 256. Entsch. Nr. 498.

§§ 402 ff.

Die Sachverständigen sind nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet, im Interesse einer sorgfältigen Begutachtung sich über die einschlagenden Verhältnisse zu informieren, und insoweit sind sie an die Beweisvorschriften der Prozeßordnung nicht gebunden. (R. G. II. 29. Januar 1907.)

D. R. pag. 897. Entsch. Nr. 2131.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Die Errichtung einer staatl. Volksnervenheilstätte in Baden** muß, wie die Regierung in der Budgetkommission mitgeteilt hat, im Hinblick auf die erheblichen Baukosten der Anstalten Wiesloch und Konstanz, noch zurückgestellt werden. Ein besonders dringendes Bedürfnis für die Errichtung einer staatl. Nervenheilstätte konnte nicht anerkannt werden, da für bemittelte Nervenkranke eine Reihe von Privatheilanstalten bestehen. Minder- oder unbemittelte Kranke können — abgesehen von der mit der psychiatrischen Klinik in Freiburg verbundenen Abteilung für Nervenkranke —, in Genesungsheimen, des Vereins Genesungsfürsorge in Rohrbach und Tretenhof bei Lahr, im Erholungsheim Friedrichshaus in St. Blasien und in nicht ferner Zeit in einer Volksnervenheilstätte bei Donaueschingen Aufnahme finden, die ein zu diesem Zweck gebildeter Verein zu errichten beabsichtigt. Überdies steht die Errichtung eines Genesungsheims für Nervenkranke bei der Anstalt Illenau durch eine Stiftung der Frau Dr. Reinmann-Diffené für später in sicherer Aussicht. Bis dahin könnten — nach Behebung der augenblicklichen Platznot in den staatlichen Irrenanstalten — auch die vor wenigen Jahren in Illenau erbauten Landhäuser für die Aufnahme von Nervenkranken Verwendung finden. (Freiburger Ztg. 1908, Nr. 52.)

Personalnachrichten.

— **Lüneburg.** Direktor Dr. Snell wurde der Titel eines Sanitätsrats verliehen.

— **Wuhlgarten.** Der Assistenzarzt Dr. Bibrowicz ist am 10. April d. Js. ausgetreten und der Assistenzarzt Dr. Berg am 1. April 1908 hier eingetreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in **Halle a. S**
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 8. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 8. 16. Mai 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Das moderne „Zungenreden". Eine psychische Massenepidemie.

Von Dr. *Fr. Mohr*, Coblenz.

Jetzt, nachdem die Bewegung des Zungenredens in Kassel, Großalmerode und anderen Orten Deutschlands abgeklungen und ein ruhiges Urteil auf Grund der erschienenen Schriften möglich ist, scheint es mir an der Zeit, daß sich auch der Psychiater rückblickend mit dieser sonderbaren Erscheinung beschäftigt. Absichtlich habe ich mich im folgenden wesentlich auf solche Schriften gestützt, die von Mitgliedern der sogen. Gemeinschaftsbewegung, aus der die Zungenrednerei hervorgegangen ist, verfaßt worden sind: es schien das der psychologisch richtigste Weg zu sein, wenigstens für den, der wie ich die Erscheinungen nicht an Ort und Stelle hat studieren können.

Der Ursprung dieser schwarmgeistigen Epidemie ist in Los Angelos in Kalifornien zu suchen.*) Dort wurde in stürmisch verlaufenden religiösen Versammlungen zuerst das Zungenreden gehört. Von da breitete sich die Bewegung nach Ostindien aus; in Kalkutta und Kumur fanden große „Erweckungen" mit Zungenreden statt. Nach Europa wurde dann die „neue Pfingsttaufe" von dem Methodistenprediger Barrat gebracht, der nach längerem Aufenthalt in Amerika nach Norwegen zurückgekehrt war und dort um Weihnachten 1906 Versammlungen veranstaltete, in denen in Zungen geredet wurde. Von Norwegen wurde die „Gabe" nach Deutschland, speziell nach Kassel verschleppt und hat sich binnen kurzer Zeit in einem großen Bezirke Hessens verbreitet, trat sporadisch auch in anderen Gegenden (z. B. Schlesien) auf. Mit welch unheimlicher Schnelligkeit heutzutage psychische Epidemien über den ganzen Erdkreis wandern können, das zeigt diese Bewegung aufs deutlichste. Und bezeichnend ist, daß auch diese Welle des modernen Enthusiasmus von Nordamerika ausgegangen ist.

*) Vergl. den Bericht in der Preuß. Kirchenzeitung „Zur Gemeinschaftsbewegung". III. Jahrg., Nr. 50.

Betrachten wir nun zunächst die Art des Zungenredens von heute! Im Neuen Testament gibt es zwei verschiedene Auffassungen des Zungenredens: Die ältere und nach theologischer Auffassung ursprünglichere bei Paulus, wo es als unartikuliertes, unverständliches Lallen erscheint, das erst wieder ausgelegt werden mußte; daneben haben wir in der Apostelgeschichte den Bericht vom ersten Pfingstfest, in dem die Erinnerung an die ursprüngliche Art dieser Gabe verdunkelt zu sein scheint, sofern es sich hier um ein Reden in verschiedenen Sprachen oder Idiomen handelt, das auch den Ungläubigen noch verständlich ist und ihre Bekehrung bewirkt. Die direkte Abhängigkeit des heutigen Zungenredens von den genannten beiden Arten der Auffassung dieser Gabe in der Bibel zeigt sich u. a. auch darin, daß wir in der Gegenwart ebenfalls diese beiden Formen nebeneinander beobachten können. So berichtet, um einige Beispiele für die zweite Art anzuführen, der noch weiter unten zu erwähnende Pastor P. in einem Aufsatz im „Ev. Gemeindeboten" von einem jungen Mann, der in einer der norwegischen Versammlungen zuerst mit geschlossenen Augen dasaß und dann „ganz deutlich mit Zungen zu reden anfing". Es war nicht norwegisch, aber P. „glaubte" deutlich verstehen zu können, daß der Mann in Sätzen sprach, wobei scheinbar am Anfang der Sätze immer dasselbe Wort vorkam. Ebenso redete ein anderer „Bruder" in einer zuerst von niemand verstandenen Sprache. Da meldet sich eine Lappländerin und bekennt, daß sie ihre Muttersprache wiedererkannt habe. Ein Sprachlehrer hörte einen „Bruder" perfekt französisch reden und gleich darauf zwei Männer in einer ihm bekannten Sprache, „von der er genau wußte, daß sie ihnen bisher verschlossen gewesen war". Daneben ist nun aber das Zungenreden auch als unverständliches Lallen aufgetreten. Zum Beispiel bestand es

bei einer jungen Schwedin in der Wiederholung der Lautfolgen „Sangala singala sing sing mangala mang mang". Schopf*) gibt einen andern Ausruf wieder: „schello mo dal bad bad wotschikrei". Um dies Lallen zu übersetzen, bedarf es einer besonderen „Gabe der Auslegung" und zwar empfangen die Zungenredner diese Gabe entweder selbst (was gewöhnlich der Fall gewesen zu sein scheint), oder einer der anwesenden Gläubigen erhält sie. Der Sinn bestand häufig in Sündenenthüllungen. So erzählt Schopf: „Einer der ersten Aussprüche der Zungenredner am Abend war, der ganze Saal (in dem doch vorwiegend Gläubige waren) sei voll von Dieben. Mit einem Schrei des Schreckens wurde diese Offenbarung des Herrn entgegengenommen. Die Zungenredner wiesen dann darauf hin, daß Leute da seien, die Äpfel gestohlen haben, beim Militär Geld aus dem Spind genommen haben, daß Schneiderrechnungen nicht bezahlt seien, daß Eheleute da seien, die Einnahmen, welche sie haben, vor ihrer Ehehälfte verbergen. Die Sünder wurden dann aufgefordert, zu bekennen, und da sich niemand erhob, wurden Namen genannt, freilich vorsichtigerweise meist recht häufige Namen, wie „Meier", — also ebenso gangbare Namen wie gangbare Sünden! Übrigens kamen neben dem „Zungenreden" bei den Versammlungen auch nicht selten kurze Ausrufe und Ermahnungen in „gewöhnlicher" Sprache vor, die aber von den Anwesenden offenbar auch noch zu den direkt durch den heiligen Geist hervorgerufenen besonderen Wirkungen gerechnet wurden. Die Gemeinschaftsleute sehen darin die „Gabe der Weissagung." Im ganzen wird der Inhalt des in Zungen Geredeten sogar von einigen der „Brüder" als „banal" bezeichnet.

Besonders wichtig für den Psychiater sind nun weiter die Begleiterscheinungen des Zungenredens und das ganze Milieu, in dem es sich abspielte.

Zunächst fällt auf, daß sehr lebhafte, allgemeine, motorische Entladungen damit verbunden sind oder ihm vorhergehen: Die vom Geiste Befallenen müssen die merkwürdigsten Stellungen einnehmen, die auffälligsten Bewegungen machen. Ein Bruder erzählt**): „Mein Leib wurde mit großer Kraft herumgedreht nach einer langen Pause, während ich im Gebet stillestand, ohne mich zu rühren; unter der Macht des Geistes wurde mir mein Haupt vornübergebeugt und meine Hände in betende Stellung gebracht und ich mußte weissagen im Geiste und ich mußte beten. Meine Seele war dabei so ergriffen, daß mir zu Mute war, als müsse sie ausfließen, und dabei umgab mich ein herrliches Licht." Zittern, Beben einzelner Körperteile, Hinfallen, Schreien gehören zu den gewöhnlichen Erscheinungen. „Manche fielen", so wird (in dem 11. Heft der „Wahrheit in der Liebe", 4. Jahrg.) berichtet, „sogar mit solcher elementaren Gewalt zu Boden, daß sie aus mehreren Wunden bluteten." „Es war viel Weinens und Seufzens. Dazwischen rief der eine, der von Anfang an sein „raus, raus, raus" (sc. die Nichtgläubigen. Der Verf.) gerufen hatte, seine immer wiederholte Aufforderung: „raus, raus!" „Kreaturenliebe hinaus" lautete wieder eine Botschaft. Dann wars, als ob Öl auf stürmische Fluten gegossen würde bei der Botschaft: „Ich bin das Lamm, das die Sünde trug." Ein anderer Zungenredner sagte dazu, oft wiederholt: „seid still, seid still." Es legte sich auch eine feierliche Stille auf die Versammlung. Dann klagte der Zungenredner, indem er zu Boden fiel und liegen blieb: „Die Hälfte glaubt nicht!" „Neugierige heraus!" Von anderen (z. B. Schopf, S. 25) wird berichtet, daß Kinder von zwölf Jahren in einer der Versammlungen gewesen seien, die Kopf und Augen verdrehten und unverständliche Worte lallten. A. D. erzählt*): „Die Seelen wurden zu Boden geworfen, wenn der Geist über sie kam und der Herr sich ihnen offenbarte. . . Z. B. bat ein Bruder, der immer zweifelte: „Herr, bist du es, dann laß es mich kräftig auch an mir erfahren." Er hatte kaum Amen gesagt, da wurde er hingeworfen, daß die Zuhörer erschreckt zur Seite fuhren. Er blieb etwa zehn Minuten liegen, stand auf, redete in Zungen und weissagte. Er war voll heiligen Geistes. Das sah man, denn er hat mit seiner Gabe herrlich gedient." Der schon genannte Barrat wartete unter ungeheurer innerer Erregung**) 39 Tage auf die Gabe. Da ging plötzlich in seinen Kiefern etwas Merkwürdiges vor, doch das Zungenreden selbst war nicht da. Ein andermal traten wunderbare Empfindungen in seinem ganzen Körper ein — aber das sehnlichst Erwartete blieb auch jetzt aus. Am 39. Abend, nach der Handauflegung einer gewissen Frau Dr., erzählt er, „verspürte ich Zuckungen in den Halsmuskeln und ein festes Anfassen meiner Kiefer, nur heftiger denn bisher" und endlich gegen Mitternacht in einer Zungenrednerversammlung, nach einer erbetenen Fürbitte und Handauflegung eines die Versammlung

*) Schopf, „Zur Kasseler Bewegung". Verlag Joh. Schergen, Bonn.

**) Preuß. Kirchenzeitung, l. c.

*) „Der Reichsgottesarbeiter", Nr. 8, S. 157.

**) Vergl. Rubanowitsch „Das heutige Zungenreden", eine im wesentlichen dem heutigen Zungenreden gegenüber ablehnende, aber von einem sonst sehr extravaganten Proselyten verfaßte Schrift.

leitenden Bruders begann „genau in demselben Augenblicke die Macht Gottes wie in meinem Geiste zu wirken. Ich wurde wie Daniel ohnmächtig und saß direkt auf dem Fußboden. Jetzt waren Kiefer und Zunge in Wirksamkeit, doch war der Geist noch nicht da.“ Nachdem er einen Bruder und die besagte Frau Dr. noch einmal um Fürbitte gebeten hatte — redete er in einer fremden Sprache. Ein anderes Beispiel, wo der Globus hystericus zweckentsprechend verwertet wird, lautet (Rubanowitsch S. 27): Ein Bruder hatte den ganzen Morgen gebetet: „Herr, löse meine Zunge.“ „Da spürte ich den ganzen Tag einen Druck auf der Brust, ein Gefühl, als ob eine gefüllte Flasche in meiner Brust stecke, deren Inhalt immer wieder nach oben in den Hals stoße. Als ich und einige Brüder in der Nacht zusammen waren und beteten, zuckten plötzlich meine Kiefer, meine Zunge bewegte sich immerfort, bis ich um Mitternacht eine Sprache gesprochen, die ich nie erlernt.“ Bei einigen Brüdern blieben, um das gleich noch hinzuzufügen, die betreffenden Zuckungen dauernd, z. B. bei einem die Zuckungen im Gesicht. Rubanowitsch betont denn auch S. 31, daß die Erscheinung „der äußersten Überspannung der Nerven“ überall, wo das Zungenreden auftrat, beobachtet worden sei. So berichte ein Augenzeuge der Versammlungen in Christiania: „Vor uns saß ein junges Mädchen von zirka 18 Jahren. Beim Singen fing es an, mit Kopf, Gesicht und Schultern zu zucken . . . andere stört es nicht, sie sind es schon gewöhnt.“ „So fängts an“, sagte Sch. Ferner: „Vor mir saß ein alter Mann, . . . der durch und durch bebte. Ein junger Mann, der meist auf den Knien lag, zuckte von Zeit zu Zeit innerlich zusammen und schüttelte den Kopf hin und her, ich fragte den jungen Mann neben mir, ob diese Männer es nur so täten oder ob sie müßten. Er sagte: „Sie können es nicht lassen.“ In Kassel schlug einer der Hauptzungenredner, als der Geist über ihn kam, mit seiner Bibel auf eine vor ihm sitzende Frau, danach auf einen ihr zunächst sitzenden älteren Mann. Ein Pfarrer fiel zu Boden, zog die Luft durch die fest aufeinander gepreßten Zähne ein, so daß es sich anhörte wie das Zischen einer Schlange. „Und in der Tat wand er sich einer Schlange gleich auf dem Boden zwischen den Stühlen der Zuhörer hindurch.“ Ein anderer Bruder „wurde durch den Geist wahnsinnig“ (Rubanowitsch, S. 35). Er glaubte, in Kassel die Gabe der Krankenheilung bekommen zu haben und erschreckte zwei Schwerkranke fast zu Tode, indem er in ihre Zimmer eindrang und mit Geschrei ihnen in Jesu Namen befahl, aufzustehen und gesund zu sein.“

Um noch einen zusammenfassenden Überblick über das ganze Milieu zu geben, zitieren wir, was Schopf (S. 6) über eine der Versammlungen berichtet (man beachte dabei auch die Ausdrucksweise der Gemeinschaftsleute, zu deren nüchterneren Vertretern Schopf zu gehören scheint): „Die Versammlung war ein wogendes Meer; je schärfer die Aussprüche der Zungenredner waren, desto mehr Äußerungen des Schmerzes und des Schreckens wurden in Seufzen und Stöhnen und Schreien laut. Wenn ein tröstlicher Ausspruch kam, so wurde derselbe von einem großen Teile der Versammlung mit begeistertem Freudenausruf aufgenommen. Unter den Betenden waren unverkennbar viele Geschwister, denen es ein großer Ernst zu sein schien, von jedem bewußten Sündenbann los und voll Geistes zu werden. Unter denen, die durch ihr Benehmen besonders auffielen, waren zwei weibliche Personen, die eine vielleicht Mitte der zwanziger, die andere etwa 17 Jahre alt. Die Ältere machte sich fast den ganzen Abend teils durch lautes Jubeln und Händeklatschen, teils durch Mark und Bein erschütternde Schreie bemerkbar. Bald pries sie den Heiland, bald klagte sie über den Sündenbann, der auf der Versammlung laste. Wenn die Ältere zum Herrn etwa sagte: „wie bist du doch so gut“, so sagte die Jüngere etwa: „wie bist du doch so lieb“, wenn die Ältere sagte: „o, wie ist alles so finster im Saal,“ so sagte die Jüngere: „ach, wie ist es so dunkel.“ . . . Gegen Schluß die Versammlung kamen die Zungenredner auf die Sünden des Ehelebens zu sprechen. Als dem Schreiber dieser Zeilen schien, daß die äußerst zulässige Grenze dieses Gebietes erreicht sei, brach der Leiter die Versammlung ab. . .“ Bezeichnend ist auch noch die Äußerung: „Die Versammlung war . . . wie ein Klavier, auf dem man, je nachdem man die Tasten anschlägt, bald hohe, bald tiefe Töne hervorbringen kann.“ In einer Versammlung erklärte der Leiter, der Herr habe ihm die Gabe der Geisterprüfung gegeben und in Kraft dieser Gabe sage er, daß alles, was die Zungenredner am Vorabend gesprochen hätten, Wahrheit sei.

Wenn man diese Berichte mit denen aus der großen Bewegung in Wales, die vor etwa zwei Jahren ihren Höhepunkt erreicht hatte, und mit deren früheren Vorgängern vergleicht, so springt die große Ähnlichkeit, ja Gleichartigkeit aller ohne weiteres in die Augen. So schon die Ausbreitungsweise: Die seit 1688 in Frankreich auftretende Inspirationsbewegung drang bald nach England hinüber, wanderte von da nach den Niederlanden; im Jahre 1715 kamen die Inspirierten auf ihrer Reise von Schweden nach Kon-

stantinopel und Rom auch nach Deutschland, speziell nach Halle und Berlin. Nach kurzer Zeit wanderten die deutschen Inspirierten nach Pensylvanien aus und von Amerika kehrte dann die Bewegung jetzt wieder nach Deutschland zurück. Ferner: „Die Träger der Kraftvermittlung sind", wie in „Licht und Leben" (l. c.) ausgeführt wird, „in der nachapostolischen wie in der modernen Bewegung von Anfang an besonders viele Kinder, junge Leute und vielfach Mädchen und Frauen." Auch im letzten Jahre waren je zwei schwedische „Schwestern" die Vermittlerinnen für Deutschland. Nur selten wird ein älterer Mann davon ergriffen." Die Begleiterscheinungen des Zungenredens, der Verlauf der Versammlungen, die individuellen Empfindungen und Gefühle vor dem Hervorbrechen des Zungenredens — alles das war im 17. und 18. Jahrhundert und dann wieder in der Bewegung in Wales genau wie heute.

Sehen wir uns nun einmal die Persönlichkeiten einiger der Hauptführer näher an! In der Bewegung in Wales sticht besonders Evan Roberts hervor. Er war damals 26 Jahre alt, einfacher Bergmann von Beruf und trat bereits mit 13 Jahren der Methodistengemeinde seines Heimatsortes als förmliches Mitglied bei. Schon mit 16 Jahren fing er an, „täglich um eine Erweckung in Wales zu beten, und er hat mit Beten fortgefahren, bis die Erweckung wirklich kam."*) Er hatte häufig Visionen. Drei Monate lang war ihm z. B. jede Nacht, „als werde er in den Weltraum hinausgetragen, bis er sich endlich Gott gegenüber fand, und er genoß dann . . . vier Stunden herrlicher Gemeinschaft mit Gott". Nach vielen durchwachten Nächten sieht er einmal das Bild eines Kreuzes, ein andermal erblickt er hinter einer Hecke ein Gesicht, das ihn voll Haß angrinst, dann aber erscheint eine herrliche weißgekleidete Gestalt mit einem Flammenschwert und vertreibt den Bösen. Sein Benehmen im Anfang der Bewegung war einfach, freundlich, aber mit wachsendem Erfolg nahm sichtlich auch das Ekstatische in seinem Wesen zu. Nicht unwichtig ist, daß er beständig von einigen jungen „Evangelistinnen" begleitet wurde, die auf sein Wort natürlich schworen. Seine Predigtweise war meist „schlicht und herzgewinnend", doch bekommt man aus den Schilderungen den Eindruck, daß er, wenn auch vielleicht nur halbbewußt, mit stärkeren Mitteln zu wirken versuchte, wenn einmal der gewünschte Erfolg ausblieb. Dann trat auch die innere Erregung stärker hervor, er wirft sich in den Versammlungen zu Boden, klatscht in die Hände, fängt an zu singen, zu weinen, zu schluchzen, zuckt vor innerer Bewegung am ganzen Körper usw. Einmal gibt er an (als seine Kraft offenbar aufs äußerste erschöpft war), es sei ihm von Gott ein siebentägiges Schweigen auferlegt, er hörte allerlei Stimmen, hat ein Gespräch mit dem Satan u. a. m. Auch er hat die „Gabe der Geisterprüfung" und macht davon oft Gebrauch, blamiert sich freilich nicht ganz selten dabei.

Der Hauptführer der Kasseler Bewegung, H. D., wird als ein sehr nervöser, erregbarer, exzentrischer Mensch geschildert, der in seinem ganzen Verhalten während der Zeit, wo er offiziell seinen „Irrtum" noch nicht bekannt hatte, eine geradezu erstaunliche Kritiklosigkeit zeigte. Das erotische Moment scheint bei ihm ebenfalls einen nicht ganz kleinen, wenngleich ihm offenbar völlig unbewußten Teil der treibenden religiösen Kraft zu bilden.

Der sonderbarste und pathologisch entschieden interessanteste Heilige dieser ganzen Bewegung ist der Pastor P. in Steglitz. Er beschreibt in seiner Zeitschrift „Die Heiligung" (im Oktober- und im Novemberheft 1907), wie das Zungenreden bei ihm entstand und wie es gedeutet werden muß. Nach langem, vergeblichem Beten und Warten und entsprechenden Vorbereitungen durch Gebetsversammlung kam — so erzählt er im Oktoberheft — das sehnlich Gewünschte nach einer solchen Versammlung eines Abends: „Zwischen zehn und elf Uhr war die Arbeit an meinem Munde schon so stark, daß der Unterkiefer, die Zunge und die Lippen sich bewegten, ohne daß ich dies veranlaßte. Ich war dabei völlig bewußt, ganz still im Herrn, tief glücklich und ließ dies alles geschehen, ohne dabei sprechen zu können. Wenn ich auch laut zu beten versuchte, so ging das nicht, denn keines meiner deutschen Worte paßte in die Mundstellung hinein. Ich sah auf diese Weise, daß mein Mund stumm in einer fremden Zunge rede und ich erkannte, es müsse mir jetzt auch noch gegeben werden, auch entsprechend auszusprechen... Ich blickte auf zum Herrn, daß Er es geben wolle: und bald danach wurde ich zum Sprechen angeregt. Jetzt aber geschah etwas wunderbares. Es war mir, als wenn in meiner Lunge ein Organ sich bildete, welches die in die Mundstellung passenden Laute hervorbrachte. Da die Mundbewegungen sehr schnell waren, mußte dies recht rasch geschehen. Es war mir, als wirbelten sich die Töne auf diese Weise heraus. So entstand eine wundersame Sprache mit Lauten, wie ich sie nie geredet hatte. Ich hatte den Eindruck nach dem Klang derselben, es müsse chinesisch gewesen sein. Danach kam eine völlig

*) L. Oehler, „Die religiöse Bewegung in Wales". Stuttgart 1905.

andere Sprache mit ganz anderer Mundstellung und wundersamen Tönen. Da wir gerade an diesem Tage Missionsversammlungen für China und die Südsee hatten, lag es mir nahe, zu denken, es könnte dies eine Mundart der Südsee gewesen sein. Ich weiß nicht, wie lange ich so redete. Gewiß wohl einige Minuten. Dann mußte ich in deutscher Sprache in Lob und Anbetung meines Gottes ausbrechen. Bei diesem ganzen Vorgang saß ich, jedoch wurde mein Leib dabei von einer großen Kraft geschüttelt, keineswegs unangenehm oder schmerzhaft." Nachher im Bett mußte er „noch drei- oder viermal in anderen Zungen reden. Bei all diesen Vorgängen behielt ich mein völliges Bewußtsein und konnte sozusagen die ganze Sache studieren." Später (Novemberheft) berichtet P., daß er auch „in Zungen singen" mußte und daß ihm dabei nicht nur die Worte, sondern auch Melodie und Takt „gegeben" wurden. Er bittet nun weiter um die „Gabe der Auslegung" und wird nun darauf geführt, daß einige Worte öfter vorkamen, z. B. ‚ea' und ‚tu'. „Ich kam auf den Gedanken, ob „ea" etwa „Jesus" heißen sollte und versuchte in Zungen zu sagen „Mein Jesus", „lieber Jesus" u. dergl. Und richtig, es kam jedesmal ein anderes Wort und zum Schluß „ea". Auf ähnliche Weise ermittelte ich, daß tu „Gott" heißt." Er kommt nun auf den Gedanken, das Lied „Laßt mich gehen, daß ich Jesum möge sehen" in Zungen zu singen, „und da machte ich eine höchst wunderbare Erfahrung. Während ich die Melodie „Laßt mich gehen" sang, kamen mir die Worte der Zunge so, daß sich alles genau reimte. Ich gebe hier die Worte wieder, so gut ich kann:

schua ea, schua ea,
o tschi biro ti ra pea
akki lungo ta ri fungo
u li bara ti ra tungo
latschi bungo ti, tu, ta.

Ein jeder kann an diesen Worten sehen, wie sich alles so merkwürdig reimt." Noch ein anderes Beispiel:

„Jesu geh voran	ea tschu ra ta
Auf der Lebensbahn	u ra torida —
Und wir wollen	tschu ri kanka
Nicht verweilen,	oli tanka
Dir getreulich	bori tori
Nachzueilen,	ju ra fanka
Führ uns an der Hand	kulli katschi da —
Bis ins Vaterland	u. ri tu ra ta".

Es ist auch da „alles wunderbar gereimt. Es ist mehr Reim da als in den deutschen Worten." Man wird kaum eine schönere (unbewußte) Darstellung der Autosuggestion und ihrer falschen Deutung auftreiben können! (Schluß folgt.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VII.

Aus der Literatur des Jahres 1907 zusammengestellt

von *Ernst Schultze.*

(Fortsetzung.)

§§ 402 ff. 286.

Die Sachverständigen sind Gehilfen des Richters; ob dieser sich ihrer bedienen will, ist lediglich seiner Entschließung anheimgegeben. Mißt der Berufungsrichter sich so viel sachverständige Kenntnis bei, daß er ihrer Hilfe entraten zu können glaubt, so bleibt er damit in den Grenzen seiner Befugnisse. Es bedeutet daher in solchem Falle die Nichtheranziehung eines Sachverständigen keinen prozessualen Mangel, und es kann mithin auch kein Revisionsgrund hieraus abgeleitet werden. (R. G. VII. 1. Februar 1907.) D. R. pag. 383. Entsch. Nr. 788.

§ 404.

Aus der Bestimmung des § 404 Z. P. O., wonach es im Ermessen des Gerichts steht, ob es Sachverständige zuziehen will und in welcher Zahl, ergibt sich seine Befugnis, von der Partei beigebrachte Gutachten unberücksichtigt zu lassen. (R. G. I. 1. Mai 1907.) D. R. pag. 773. Entsch. Nr. 1704.

§ 406.

Daß der Sachverständige von dem Gegenstande und Verlaufe des Prozesses, in dem er vernommen wird, zuerst von einer Seite Kenntnis erhalten hat, welche den von der einen Partei im Prozesse eingenommenen Standpunkt teilte, gibt für sich allein keinen genügenden Grund, dem unparteiischen Urteil des Sachverständigen zu mißtrauen, sofern nur erhellt, daß er von dieser Seite in keiner Hinsicht in seinem

Urteil beeinflußt wurde. (R. G. I. 19. Januar 1907.) D. R. pag. 256. Entsch. Nr. 500.

§ 406. Abs. 2.

Der Verlust des Rechtes der Ablehnung tritt schon dann ein, wenn der Ablehnende durch Anwendung gehöriger Sorgfalt beim Einziehen von Erkundigungen über den Sachverständigen den Ablehnungsgrund schon vor Erstattung des Gutachtens hätte kennen können, nicht bloß dann, wenn er den ihm vor Erstattung des Gutachtens bereits bekannten Ablehnungsgrund vor jenem Zeitpunkt geltend zu machen, unterlassen hatte. Eine andere Auffassung würde im Ergebnisse darauf hinauslaufen, daß die am wenigsten sorgfältige Partei am längsten in der Lage bliebe, ein ihr unbequemes Gutachten durch Ablehnung des Sachverständigen zu beseitigen. (R. G. II. 7. Dezember 1906.) D. R. pag. 897. Entsch. Nr. 2132.

§ 406 II.

Wenn auch erhebliche praktische Gründe dafür sprechen, daß die Folgen einer in erster Instanz unterlassenen Ablehnung eines Sachverständigen sich auf die Berufungsinstanz erstrecken, so ist doch auf der andern Seite das Gewicht der Erwägung, daß es sich in der Berufungsinstanz um ein novum judicium handelt, so bedeutend, daß diese Auslegung der Anwendung des zweiten Satzes des Abs. 2 als nicht zutreffend erachtet werden kann. (R. G. VII. 8. März 1907.) D. R. pag. 1266. Entsch. Nr. 3155.

§ 406. V.

Das Beschwerderecht wegen Zurückweisung eines Gesuchs um Ablehnung eines Sachverständigen geht nicht dadurch verloren, daß nach dem Zurückweisungsbeschlusse Versäumnisurteil in der Hauptsache ergangen ist. (R. G. II. 7. Dezember 1906.)
D. R. pag. 898. Entsch. Nr. 2133.

§ 406. V.

Der Zweck dieser Bestimmung ist ersichtlich der, dem Richter nicht einen Sachverständigen, den er selbst für befangen erachtet, durch die höhere Instanz aufzuzwingen. (R. G. VII. 8. März 1907.)
D. R. pag. 1266. Entsch. Nr. 3156.

§§ 406. 44.

Das Erfordernis des § 406 Abs. 2, wonach die Ablehnung eines Sachverständigen nach Beginn seiner Vernehmung nur zulässig ist, wenn der Ablehnungsgrund vorher nicht geltend gemacht werden konnte, ist strenger als dasjenige des § 44 Abs. 4, wonach die Ablehnung eines Richters, bei welchem die Partei in eine Verhandlung sich eingelassen hat, zulässig ist, wenn der Ablehnungsgrund erst später entstanden oder der Partei bekannt geworden ist. Im Falle des § 44 genügt die nachherige Erlangung der Kenntnis von dem Ablehnungsgrunde; im Falle des § 406 muß dazu kommen, daß die Partei von dem Ablehnungsgrunde bei Anwendung der zur zweckentsprechenden Prozeßführung erforderlichen Sorgfalt vorher keine Kenntnis erlangen konnte. (K. G. Berlin. 28. März 1907.)
D. R. pag. 516. Entsch. Nr. 1061.

§ 445.

Die Eideszuschiebung darüber, daß jemand zu einer gewissen Zeit an Zuckerkrankheit gelitten und Schlaganfälle gehabt habe, ist unzulässig, da sie ein Urteil enthält; die Merkmale der Zuckerkrankheit wie die eines Schlaganfalles sind nicht so allgemein bekannt, und nicht so augenfällig, auch für den Laien erkennbar, daß die Annahme gestattet wäre, es handle sich bei der Erkennung jener Erkrankungen lediglich um die allgemein auch dem Laien mögliche Wahrnehmung einer Tatsache im Sinne des § 445 Z. P. O. (R. G. VII. 19. April 1907.)
D. R. pag. 640. Entsch. Nr. 1331.

§ 445.

Darüber, daß ein Unfall durch Trunkenheit verursacht sei, kann eine Eideszuschiebung nicht erfolgen, da es sich nicht um eine glatt wahrnehmbare Tatsache handelt, vielmehr zur Bejahung oder Verneinung jener Frage ein durch Schlußfolgerungen zu gewinnendes Urteil erforderlich ist. (R. G. 27. Juni 1907.) D. R. pag. 1076. Entsch. Nr. 2607.

§§ 646, I. 680. 684.

Der Kläger wurde auf Antrag der Beklagten, seiner damaligen Ehefrau, durch Beschluß des A. G. vom 31. März 1905 wegen Verschwendung und Trunksucht entmündigt. Der Beschluß wurde dem Kläger am 1. April 1905 zugestellt. Die Ehe der Parteien wurde durch Urteil des L. G. vom 13. Febr. 1905 geschieden; dieses Urteil wurde am 14. April 1905 rechtskräftig. Mittels der am 21. April 1905 der Beklagten zugestellten Klage focht der Kläger den Entmündigungsbeschluß an. Die Revision (des Klägers) verstellt zur rechtlichen Nachprüfung, ob die Entmündigung noch ergehen durfte, nachdem die Ehe der Parteien rechtskräftig getrennt war und die Beklagte dadurch ihr Antragsrecht verloren gehabt hätte. Die Passivlegitimation der Beklagten für den Anfech-

tungsprozeß ist indes vom Berufungsgericht mit Recht angenommen. Allerdings darf gemäß § 680 Z. P. O. der wegen Verschwendung oder Trunksucht vom A. G. ergehende Entmündigungsbeschluß nur auf Antrag erlassen werden. Demgemäß mag das Verfahren vom A. G. einzustellen sein, wenn in dem vor ihm schwebenden Verfahren der Antragsteller stirbt oder diejenige Eigenschaft verliert, die ihn zum Antrage befähigt, so insbesondere, wenn die Ehe geschieden wird, nachdem die Ehefrau den Antrag gestellt hat (§§ 680 Abs. 3, 646 Abs. 1 Z. P. O.). Anders verhält es sich aber, nachdem einmal der Entmündigungsbeschluß vom A. G. erlassen ist. Die hiergegen erhobene Anfechtungsklage hat nach feststehender Rechtsprechung des R. G. zum Ziele die Bekämpfung der Rechtmäßigkeit des Entmündigungsbeschlusses zur Zeit seiner Erlassung. Schon nach diesem allgemeinen Grundsatze haben im Anfechtungsverfahren Tatsachen, die auf das ursprünglich begründete Anfechtungsrecht nachträglich abändernd eingewirkt haben, unberücksichtigt zu bleiben, sofern sich nicht im Einzelfalle aus dem Gesetz ein anderes ergibt. Des besonderen bestätigt aber auch der Inhalt des § 684 Abs. 3 Z. P. O., daß ein nach dem Erlaß des Entmündigungsbeschlusses eingetretener Wegfall der Legitimation des Antragsberechtigten unbeachtlich zu bleiben hat. Denn hier ist formal durchgreifend bestimmt, daß die Klage gegen denjenigen zu richten ist, welcher die Entmündigung beantragt hatte. Danach bleibt die Passivlegitimation der Beklagten unabänderlich gegeben, wenn sie nur für das Vorverfahren legitimiert war. Dem liegt ersichtlich der Gedanke zugrunde, daß die einmal auf Grund rechtmäßigen Antrags im amtsgerichtlichen Verfahren ausgesprochene Entmündigung nicht hinterher lediglich deshalb in Frage gestellt werden darf, weil sich demnächst die Antragsberechtigung geändert hat. Daß dies die prinzipielle Auffassung des Gesetzes ist, ergibt der weitere Inhalt eben dieser Gesetzesvorschrift. Hiernach ist, falls der Antragsteller verstorben, oder sein Aufenthalt unbekannt, oder im Auslande ist, die Anfechtungsklage gegen den St. A. zu richten. In diesem Falle ist die Antragsberechtigung durch den Wegfall bezw. die Behinderung ihres Subjektes aufgehoben oder ihre Ausübung erschwert. Dennoch wird das Verfahren nicht hinfällig, sondern fortgeleitet und zur praktischen Durchführung an Stelle des weggefallenen oder behinderten Subjekts ausnahmsweise der St. A. die Parteirolle zugemessen. Die Passivlegitimation der Beklagten ist nach alledem gegeben. (R. G. IV. 30. Okt. 1907.)

J. W. 748.

§§ 658. 673.

Wird im amtsgerichtlichen Entmündigungsverfahren die Entmündigung abgelehnt, so sind die dem zu Entmündigenden durch seine Vertretung in diesem Verfahren entstandenen Anwaltskosten seitens der Staatskasse nicht erstattungsfähig. (K. G. 26. Febr. 1907.) D. R. pag. 899. Entsch. Nr. 2144.

§ 668.

Ist einer armen Partei zur Anfechtung des amtsgerichtlichen Entmündigungsbeschlusses nach § 668 Z. P. O. ein Rechtsanwalt beigeordnet, gleichzeitig aber die Bewilligung des Armenrechtes wegen Aussichtslosigkeit der beabsichtigten Rechtsverfolgung abgelehnt, so kann der Rechtsanwalt für den Stempel zu der von ihm überreichten Prozeßvollmacht aus § 13 zu d. Pr. Stemp. St. G. nicht haftbar gemacht werden. (K. G. Berlin. 21. Dezember 1906.)

D. R. pag. 982. Entsch. Nr. 2355.

§§ 671. 654. 539.

Bei Anfechtung einer Entmündigung hat eine persönliche Vernehmung des Entmündigten allerdings regelmäßig in der ersten wie in der zweiten Instanz zu erfolgen. Ist sie in der ersten Instanz unterblieben, so hat dies jedoch nicht die Folge, daß das Berufungsgericht entgegen der Regel des § 539 Z. P. O. genötigt wäre, die Sache in die erste Instanz zurückzuverweisen; der Berufungsrichter ist vielmehr nicht gehindert, den in erster Instanz untergelaufenen Mangel durch Nachholung des Versäumten seinerseits wieder gut zu machen. (R. G. IV. 8. Mai 1907.)

D. R. pag. 774. Entsch. Nr. 1717.

§§ 671. 654.

Im Entmündigungsverfahren ist der Berufungsrichter durch §§ 671, 654 Z. P. O. verpflichtet, die Entmündigte auch in zweiter Instanz persönlich unter Zuziehung eines oder mehrerer Sachverständigen zu vernehmen.

Es leuchtet ein und ist durch Erlaß der angezogenen Vorschriften auch vom Gesetzgeber anerkannt, daß der persönliche Eindruck auf den Richter von der erheblichsten Bedeutung ist, wenn es sich um die Beurteilung der Geistesbeschaffenheit eines Entmündigten handelt. Es erscheint hiernach immerhin nicht ausgeschlossen, daß der Berufungsrichter zu einem andern Ergebnisse gelangt wäre, wenn er das Gesetz befolgt hätte. (R. G. IV. 10. Oktober 1907.)

D. R. pag. 1328. Entsch. Nr. 3352.

VII. Reichsgesetz über die freiwillige Gerichtsbarkeit.

§ 12.

Ist der Versuch des Beschwerdegerichts, ein weiteres Gutachten über den Geisteszustand des Beschwerdeführers zu erholen, von ihm dadurch vereitelt worden, daß er sich weigerte, sich untersuchen zu lassen, so ist das Beschwerdegericht nicht verhindert, seine Entscheidung auf Grund früherer Gutachten und des übrigen Beweisergebnisses zu treffen.

Mit Rücksicht auf die voneinander abweichenden Gutachten der Sachverständigen hat es das Beschwerdegericht für wünschenswert erachtet, zur besseren Aufklärung der Sache einen weiteren Sachverständigen zu hören. Da L. durch seine Weigerung, sich untersuchen zu lassen, die Erstattung des weiteren Gutachtens verhindert hat, mußte das Gericht prüfen, ob es nicht auf Grund der vorliegenden Gutachten und der sonstigen Ergebnisse der Beweisaufnahme seine Entscheidung treffen könne. An der Bejahung dieser Frage war es nicht dadurch behindert, daß ihm vorher eine bessere Aufklärung der Sache wünschenswert erschienen war, und es hat sie bejaht. Damit war die Frage, ob noch ein weiteres Gutachten erholt werden müsse, nach § 12 F. G. G. endgültig erledigt. (Bayer. O. L. G. 26. Januar 1907.)

D. R. pag. 258. Entsch. Nr. 514.

§§ 15. 27. § 408 Z. P. O.

Auch in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit kann der Sachverständige die Erstattung eines Gutachtens nur aus den gleichen Gründen ablehnen, aus denen der Zeuge das Zeugnis verweigern darf. Die Entscheidung des Beschwerdegerichts, durch die es nicht für angemessen erachtet wird, einen Sachverständigen nach § 408 Abs. 1 Satz 2 Z. P. O. von der Pflicht zur Erstattung eines Gutachtens zu entbinden, kann mit der weiteren Beschwerde nicht angefochten werden.

Der Sachverständige Dr. B. war nach § 15 F. G. G. in Verbindung mit dem § 408 und den §§ 383, 384 Z. P. O. nicht berechtigt, die Erstattung des Gutachtens zu verweigern. Ihn in Gemäßheit des § 408 Abs. 1 Satz 2 von der Verpflichtung zu entbinden, hat das Beschwerdegericht nicht für angemessen erachtet, eine Nachprüfung dieser Entscheidung steht nach § 27 F. G. G. dem für die weitere Beschwerde zuständigen Gerichte nicht zu. Das Beschwerdegericht hätte allerdings von der Auswahl des Dr. B. als Sachverständigen absehen müssen, wenn es ihn für befangen erachtet hätte. Es war aber überzeugt, daß Dr. B. sich durch die Angriffe L.s, die er als Wirkungen der Geisteskrankheit L.s ansah, ebensowenig beirren lasse, wie die Richter selbst, und hat deshalb sein Gutachten mit vollem Vertrauen entgegengenommen. Daß von dem Beschwerdeführer, falls er befragt wurde, ein unbegründetes Ablehnungsgesuch zu erwarten war, ist belanglos. (Bayer. O. L. G. 26. Januar 1907.)

D. R. pag. 258. Entsch. Nr. 515.

VIII. Versicherungsrecht.

Erstreckt sich die Versicherung nach den allgemeinen Bedingungen nicht auf Fälle, wo der Tod des Versicherten nicht direkt, sondern vermittelt durch Krankheit oder durch beim Vertragsschluß nicht bekannt gewesene Abnormitäten des Körpers als Folge des Unfalls eingetreten ist, so ist ein Unterschied zwischen den Abnormitäten, die beim Vertragsschluß vorhanden gewesen sind, und solchen, die erst später entstanden sind, nicht zu machen. (R. G. VII. 5. Oktober 1906.)

D. R. pag. 194. Entsch. Nr. 377.

(Fortsetzung folgt.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 9. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der neuen brandenburgischen Landesirrenanstalt zu **Teupitz** (Kreis Teltow) ist zum 1. Juli die Stelle der

I. Oberwärterin

(Oberin) zu besetzen. Gehalt 1400 bis 1800 M. nebst 200 M. Funktionszulage Für freie Station I. Klasse, Arznei und Wäschereinigung kommen 700 M. in Abzug. Die Stelle ist pensionsberechtigt.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Gesundheitsattest, Zeugnisabschriften über bisherige Wirksamkeit sind an den Direktor der Landesirrenanstalt zu Teupitz (Kreis Teltow) zu richten.

An der Provinzial-Irrenanstalt **Dziekanka** bei Gnesen ist die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Gehalt 2400 M. bei freier Station I. Klasse. Nach fünfjähriger Dienstzeit der Regel nach Anstellung auf Lebenszeit als Anstaltsarzt mit einem Gehalte von 3300—5300 M neben freier Dienstwohnung oder dem tarifmäßigen Wohnungsgeldzuschusse.

Bewerbungen, denen ärztliche Approbation und sonstige Zeugnisse im Original oder in beglaubigter Abschrift sowie ein Lebenslauf beizufügen sind, nimmt der unterzeichnete Direktor entgegen.

Sanitätsrat Dr. **Kayser.**

An der Provinz.-Heil- und Pflegeanstalt **Allenberg** bei **Wehlau** Ostpr. ist die Stelle einer

Oberpflegerin

zu besetzen. Gehalt 600—900 M. neben völlig freier Station II. Klasse, die bei der Pensionierung mit 666 M. in Anrechnung kommt. Bewerberinnen im Alter von 25—35 Jahren wollen ihr Gesuch unter Beifügung eines Lebenslaufs, etwaiger Zeugnisabschriften und einer Photographie an die Direktion einreichen.

Vorbildung in der Irren- und Krankenpflege erforderlich.

II. Arzt

mit sechsmonatlicher psychiatrischer Vorbildung für die Kropper Anstalten (Kropp, Schleswig) gesucht. Derselbe erhält neben freier Familienwohnung mit Garten jährl. 2000 M. Gehalt. Daneben gute Privatpraxis von mindestens 5000 M. jährlich. Anfragen an Direktor Dr. Bindemann. Womöglich mündliche Rücksprache.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 9. 23. Mai 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Das moderne „Zungenreden". Eine psychische Massenepidemie.

Von Dr. *Fr. Mohr*, Coblenz.

(Schluß.)

Entsprechend den Führern war auch das Publikum der Versammlungen. Nach den Berichten waren es im wesentlichen Leute aus dem Volke, doch daneben auch eine nicht ganz geringe Zahl von Gebildeten, selbst von theologisch gebildeten Pfarrern positiver Richtung. Der Hauptsache nach gehörten die meisten Zuhörer der sogenannten Gemeinschaftsbewegung an, d. h. jenen Kreisen, die, vom Kirchenglauben bezw. Kirchenchristentum nicht völlig befriedigt, sich zu Konventikeln zusammengeschlossen haben, wo jeder, der die Bibel als die alleinige Quelle des Glaubens anerkennt, in seiner Weise sich religiös betätigen kann. Es ist schon in relativ ruhigen Zeiten sehr viel übertriebene, ja verzerrte Religiosität in den Versammlungen der Gemeinschaftsleute zu finden, wenn es auch immer einzelne Vertreter darin gegeben hat, die eine einfache, tiefinnerliche Religiosität besaßen. Wie die Heilsarmee bieten diese Kreise recht vielen psychopathischen Elementen Gelegenheit zu einer teilweis wenig erfreulichen und ersprießlichen Wirkung auf größere Massen. Ganz charakteristisch ist denn auch die Art, wie die Bekämpfung des Zungenredens aus der Mitte der Gemeinschaftsbewegung heraus erfolgt ist: man konstatiert nicht etwa, daß die betreffenden „Brüder" ganz im allgemeinen von einer krankhaften Erregung ergriffen waren, sondern man sucht zunächst ähnliche Ereignisse, die in der Bibel mitgeteilt werden, mit den heutigen zu vergleichen, um dann auf Grund so entdeckter Verschiedenheiten konstatieren zu können, daß der Geist der Zungenredner nicht Gottes Geist, sondern „Satans Geist" sei. Als Zeichen dafür werden u. a. angegeben: die richtigen d. h. biblischen Zungenredner fielen auf ihr Antlitz, die heutigen — auf den Rücken! „Es ist", schreibt Rubanowitsch (S. 18) mit einer ergötzlichen Naivität, „sehr wohl möglich, daß der Satan, ebenso wie bei Jesus, es auch jetzt gern gesehen hätte, daß die von dem fremden Geist Ergriffenen auf ihr Angesicht gefallen wären. Aber unser gnädiger HERR hat . . . diese Täuscherei nicht zugelassen!" Ferner, sagen wieder andere, sei im Neuen Testament nichts von den übrigen motorischen Begleiterscheinungen erwähnt, auch sei es Gotteslästerung, wenn die Zungenredner ihre angeblichen Gottesworte in die erste Person kleideten: „Ich bin das Lamm, glaubet an mich" usw. Man sieht, es ist derselbe Geist, der in den Zungenrednern und in ihren Gegnern innerhalb der Gemeinschaftsbewegung waltet, nur daß sich die letzteren einen etwas größeren Fonds von Nüchternheit bewahrt haben. Zur richtigen Beurteilung der Psychogenese des neuen Zungenredens ist es wichtig, sich an diese Grundlage immer zu erinnern.

Nach dem hier mitgeteilten Tatsachenmaterial kann es selbst für den Psychiater, der der intensiven religiösen Betätigung einen sehr breiten Spielraum innerhalb der Breite der Gesundheit zugesteht, keine Frage sein, daß wir es bei dieser ganzen Bewegung des Zungenredens mit einer ausgesprochen pathologischen Erscheinung zu tun haben. Pathologisch ist der ganze enorme Affekt, der sich darin kund tut, die bis zum Schwachsinn gehende Kritiklosigkeit, die Überwertigkeit einiger, aus der religiösen Überlieferung stammender und nicht einmal richtig erfaßter Ideen, vor allem aber die Reiz- bezw. Lähmungserscheinungen auf motorischem Gebiet, von denen wir oben ausführlicher gesprochen haben.

Wesentlich schwieriger ist die Frage zu entscheiden, ob bestimmte Formen von Psychosen aus dem Gewirr krankhafter Vorgänge sich herausheben. Einigermaßen sicher kann das Urteil natürlich nur über die markantesten Persönlichkeiten der Bewegung

sein. So wird man Evan Roberts, den Führer in Wales, am ehesten noch zum manisch-depressiven Irresein rechnen dürfen, allerdings treten die hysterischen Züge dabei stark hervor. Er hat Zeiten tiefer Depression mit Selbstvorwürfen und Hemmungszuständen des öfteren durchgemacht; dagegen tragen seine Halluzinationen keinen typischen Charakter. Einer der Hauptführer der Kasseler Versammlungen wird mir auf bezügliche Erkundigungen als im höchsten Grade exzentrisch, äußerst nervös und erregbar geschildert. Genauere Anhaltspunkte für eine bestimmte Diagnose konnte ich nicht erhalten. Etwas klarer scheint mir die letztere bei dem Pastor P. zu sein. Das enorm Überschwängliche, ja Süßliche seiner Schreibweise und vor allem die von ihm selbst gegebene Schilderung der Entstehungsweise hysterischer Krampfzustände bieten deutliche Fingerzeige. Man sieht aus dieser Schilderung in einer geradezu klassischen Weise, wie die langen Vorbereitungen bei gleichzeitiger großer innerer Erregung einen Zustand der Konzentration der Aufmerksamkeit auf eine bestimmte Vorstellung schaffen, der die Realisierung der letzteren in denkbar intensivster Weise begünstigt. Nachdem so der Weg zum motorischen Teil „gebahnt" ist, werden gleichsam unterbewußte Vorübungen gemacht und dazu gesellen sich halbbewußte Wünsche, die weiter nach derselben Richtung drängen. Bei derartiger Vorbereitung bedarf es dann nur noch eines geringfügigen äußeren Anlasses, um die sprachlich-motorische Entladung herbeizuführen.

Auch die beiden weiblichen Individuen, die die Bewegung nach Deutschland gebracht haben, machen in ihrem ganzen Gebaren einen unmittelbar hysterischen Eindruck. Überhaupt findet man unter den sehr zahlreichen, ja z. T. tonangebenden weiblichen und kindlichen Zuhörern viele schwere Hysterieformen. Von sonstigen eigentlichen Psychosen sind nach den mir vorliegenden Berichten offenbar noch eine Anzahl von Fällen der Dementia praecox und einige wenige der Paranoia zuzurechnen. Epileptische Krämpfe scheinen auch ab und zu vorgekommen zu sein, was ja bei der Neigung der Epileptiker zu ekstatischen Zuständen nicht verwunderlich ist.

Was die Art der sprachlichen Äußerungen betrifft, so fällt auf, daß sie vorwiegend nach rein äußerlichen Assoziationen und nach bestimmten Rhythmen ablaufen. Man wird an katatonische Sprachprodukte erinnert, manchmal auch an die Versuche von Stransky*). Die perseveratorische Tendenz ist gewöhnlich sehr deutlich. Aber offenbar ist das mehr eine Folge des Mangels an volltönenden Lautverbindungen als eines Geisteszustandes, wie ihn sonst Kranke mit Perseveration zeigen. Überhaupt machen die Zungenrednerprodukte oft den Eindruck des Willkürlichen, absichtlich Manierierten, Gekünstelten, durchaus nicht immer den rein unterbewußt entstandener bezw. rein psychomotorischer Erzeugnisse; z. B. spielt ganz offensichtlich häufig der Wunsch mit, möglichst von unserer Sprache und Sprachfamilie abweichende, orientalische Bildungen zu schaffen, möglichst vokalreiche Lautverbindungen auszusprechen (der Pastor P. gibt diese Tendenz ja auch ganz naiv zu!). Und insofern es sich also bei diesen Äußerungen keineswegs, wie z. B. nicht selten bei der Dementia praecox, um eine Loslösung der psycho-motorischen Funktion von dem übrigen Inhalte der Psyche handelt, vielmehr im Gegenteil um eine sehr enge Verbindung zwischen den beiden, muß man diese ganze Art des Zungenredens in eine unmittelbare Parallele setzen zu dem Wesen hysterischer Krämpfe, bei denen ja aus ähnlichen Gründen so leicht der Eindruck des willkürlich Gemachten entsteht. Will man also das Zungenreden in einer bestimmten Rubrik von Sprachstörungen unterbringen, so müßte man sie als hysterische Sprachstörung bezeichnen.

Von psychiatrischem und psychologischem Interesse sind auch die Ausgänge solcher Bewegungen. Bekanntlich wurden die Versammlungen in Kassel schließlich so erregt, daß es zu Schlägereien kam und die polizeiliche Auflösung erfolgen mußte. Die Wogen der Erregung glätteten sich dann bald, namentlich nachdem eine Reihe von nüchterneren Elementen der Gemeinschaftsleute sich dahin geäußert hatten, sie hielten die ganze Erscheinung für Teufelswerk. Immerhin hatte das Zungenreden auch nach den Angaben einzelner dieser Gegner doch den Erfolg, daß wieder eine Reihe von neuen Mitgliedern der Gemeinschaftsbewegung geworben und daß „das Wirken und die Schliche Satans genauer erkannt wurden!" Mit anderen Worten, das jedermann sichtbare Pathologische ist zurückgetreten, hat aber in einer größeren Anzahl von Menschen nur dem Fachmann sichtbares Pathologisches teils erst geschaffen, teils verstärkt. Länger dauernde eigentliche Psychosen, die durch die Zungenrednerei hervorgerufen worden wären, werden nicht direkt erwähnt, doch ist in den mir zugänglichen Schriften auch gar nicht darauf geachtet worden. Das Schweigen beweist also nichts. Glücklicherweise war bei einem anderen Teil der Zuhörer die gesunde Anlage stark genug, um sie die Epidemie ohne Schaden überstehen zu lassen. Solche Naturen gelten dann den „Erweckten" als „kaltsinnig", „geistig tot"

*) Stransky, Über Sprachverwirrtheit.

usw. In den „Erweckten" selbst aber wirken solche Ereignisse, wie das Zungenreden, weiter als Zündstoff, der noch nach vielen Jahren wieder ähnliche Explosionen hervorrufen kann. Das hat die Geschichte der Sekten immer wieder bewiesen. Ist freilich kein geeigneter Boden da, so können derartige Bewegungen auch ohne jede weitere Folge verlaufen. Das war z. B. in sehr ausgesprochener Weise der Fall in einer kleineren Gemeinde in Norddeutschland, deren Pfarrer einen sehr ausführlichen Bericht an den früheren Stuttgarter Theologen Rieger (Mitte des 18. Jahrhunderts) über eine unter ganz ähnlichen Symptomen wie in Kassel verlaufene religiöse Bewegung sandte (mitgeteilt von Oehler, l. c., S. 21 ff.). Vom Ausgang der ganzen Erregung sagt er: „Nach Jahr und Tag aber sind sie fast alle, wenige ausgenommen, in solchen Schlummer, Schlaffheit, Geistlosigkeit, Totheit und Erstorbenheit gekommen, daß man nicht den Schatten vom vorigen Leben mehr sehen kann . . . Die Kinder sind bübisch und leichtsinnig geworden, etliche schämen sich meiner. . . Die wenigen redlichen Seelen werden der anderen Spott. . . . Die auf den Knien gebetet, lästern auf stehenden Beinen." Das Milieu war hier offenbar der dauernden Unterhaltung der Erregung ungünstig (der Anstoß zur letzteren selbst war in diesem Fall vom Pfarrer ausgegangen, nicht von Gemeindegliedern!).

Und damit kommen wir zum Schlusse noch auf die Frage: welche Faktoren lassen sich in der Kasseler Bewegung (und den ihr zeitlich nächsten in Wales und Amerika) als die treibenden nachweisen?

Man wird da subjektive Ursachen und objektiv fördernde Momente unterscheiden können.

Unter den subjektiven Ursachen ist nach allen Berichten die wenn auch noch so unterbewußte Sucht, eine Rolle zu spielen, in allen diesen Bewegungen sehr deutlich und sie tritt namentlich bei den Führern in demselben Maße, wie ihre Erfolge wachsen, klarer hervor. Besonders bei Evan Roberts kann man ganz unmittelbar beobachten, wie er, nachdem er eine Zeitlang stets „glänzende" Versammlungen gehabt hatte, sich persönlich gekränkt fühlt, als in einigen späteren die Fanatisierung der Massen nicht so leicht gelingt. Aber auch bei den kleineren Geistern ist die Freude daran, auch einmal öffentlich zu Worte zu kommen bezw. auf einen großen Zuhörerkreis Eindruck zu machen, aus zahllosen kleinen Zügen zu erweisen.

Ferner spielt das Sexuelle ohne Zweifel sehr stark herein. Der Pastor P. preist die sexuelle Abstinenz auch in der Ehe und ist dafür über alle Maßen süßlich in seiner Ausdrucksweise und in der Auffassung seines Verhältnisses zu Jesus, man hat bei ihm sozusagen vor Augen, wie die sexuelle Energie gezwungen wird, nach anderen Richtungen abzufließen. Einem anderen Führer der Kasseler Bewegung soll, wie erwähnt, das Erotische auch sehr viel zu schaffen gemacht haben. Man erinnere sich ferner der starken Beteiligung der Frauen an den Versammlungen, erinnere sich der Tatsache, daß Frauen den Männern die Hände auflegen müssen, um das Zungenreden in ihnen hervorbrechen zu lassen, und daß Evan Roberts immer von einer Anzahl Evangelistinnen begleitet wurde, die ihn wie eine Art von Schutzengeln umgaben.

Bezeichnend in der genannten Beziehung ist auch die Hereinzerrung intimster Fragen des Ehelebens in öffentliche Versammlungen.

Mit dem Sexuellen in einem gewissen Zusammenhang steht dann weiter der Drang zum Bußetun, der in den Versammlungen überall hervorbricht. Es handelt sich vielfach um eine Art öffentlicher Beichte und Muthmann hat ja kürzlich („Psychiatrisch-theolog. Grenzfragen" in der Zeitschrift f. Religionspsychologie 1907, Heft 3) gezeigt, daß das Beichten eine Art des Abreagierens ist. Indem die Versammlungen einer größeren Zahl von Menschen diese Möglichkeit boten, ohne daß sich dabei, weil ja alle ihre Sünden bekannten, der Einzelne zu sehr bloßzustellen brauchte, kamen sie einem inneren Bedürfnis Vieler entgegen. Daß die Nachahmung und Suggestion daneben einen sehr großen Einfluß entfalten konnten und entfaltet haben, braucht kaum erwähnt zu werden.

Das eigentlich Religiöse, d. h. der Wunsch, in ein persönliches Verhältnis zum Unendlichen zu kommen, hat zwar offenbar eine große, aber m. E. doch nicht die allein ausschlaggebende subjektive Rolle gespielt, die ihm von den Teilnehmern an der Versammlung zugeschrieben wurde. Die Naivität, mit der sich die anderen Momente oft hinter dem Religiösen verstecken, ist manchmal geradezu komisch. Aber eben deshalb bietet eine solche Bewegung so reiche Gelegenheit zum Studium des Unbewußten.

Was die objektiv fördernden Ursachen betrifft, so ist zunächst wieder an die Tatsache zu erinnern, daß die Versammlungen doch immer einen großen Grundstock von psychisch sozusagen präparierten Menschen (Gemeinschaftsleuten) besaßen. Dadurch war von vornherein eine Art von Massencharakter geschaffen, dem sich ja der Einzelne meist unterzuordnen pflegt. Das Trieb- und Instinktmäßige, das solchen „Kollektivseelen" eignet, begünstigte dann wieder die Betätigung

des Unbewußten seitens des Einzelnen, wovon wir oben gesprochen haben.*)

War so das nähere Milieu für die Entstehung der Bewegung sehr günstig, so darf man weiterhin andererseits nicht übersehen, daß auch gewisse Rassen-eigentümlichkeiten von Wichtigkeit waren. Die Bevölkerung von Wales sowohl wie die von Hessen ist im allgemeinen sehr leicht erregbar und entzündbar. Ohne Frage hat das für die rasche Verbreitung der Bewegung eine beträchtliche Bedeutung gehabt.

Endlich wollen wir nicht vergessen, daß das Phantasieleben im ganzen in der Gegenwart überall in erstaunlichem Aufblühen begriffen ist, und daß also auch dadurch die Bewegung in hohem Maße gefördert werden mußte. „Leise", sagte der große Kulturhistoriker Lamprecht (Zur jüngsten deutschen Vergangenheit, B. 1), „kann man verfolgen, wie seit den vierziger Jahren schon in einzelnen verstreuten Zügen, machtvoll dann und allgemein mit den siebziger und achtziger Jahren, ein Seelenleben der Phantasie das alte, mehr rationale, vornehmlich wissenschaftliche Dasein ablöst." Als die innerste Ursache dieses Umschwungs bezeichnet Lamprecht „die Reizsamkeit, die ins Schöpferische umgesetzte Fähigkeit bewußter Perzeption neuer, bis dahin wesentlich vorstellungslos gebliebener innerer Reizergebnisse." Letztere werden hervorgerufen durch Spannungen und Schwebungen, die ohne Lösung oder wenigstens ohne genügende Lösung bleiben. „Der Erfolg ist der des Ahnungsvollen, des unklar Erwartenden, des sehnsuchtsvollen Drangs ins Neue, Dämmernde, Unheimliche, Ungeheure, Symbolische, Mystische, im Falle stärkerer Erregung die unbestimmte Empfindung der Angst, der Furcht und verwandter Gefühle." Man begreift: an diesem seelischen Zustande der Reizsamkeit nehmen wir alle teil und er muß religiösen Bestrebungen, besonders auch solchen, die das „unklar Erwartete" (z. B. die baldige Wiederkunft Christi, von der die Gemeinschaftsleute viel zu sagen wissen) stark betonen, natürlich sehr zu statten kommen.

Und so sehen wir denn, daß diese scheinbar sporadische Kasseler Bewegung aus einem größeren Zusammenhang mit einer gewissen inneren Notwendigkeit herausgewachsen ist. Eben das aber muß dem Psychiater Anlaß zu verdoppelter Aufmerksamkeit sein: als Hüter der geistigen Gesundheit des Volkes*) hat er gerade in der jetzigen Zeit die Aufgabe, dahin zu wirken, daß solche geistigen Epidemien, wie die in Kassel, möglichst schon im Keime erstickt werden. Um das in zweckentsprechender Weise tun zu können, muß er erst ihr Wesen und ihre Entstehungsbedingungen einigermaßen erforscht haben. Und dazu einen ganz bescheidenen Beitrag zu liefern, war der Zweck dieser Zeilen.

*) Vergl. hierzu die neueren Arbeiten über psychische Massenepidemien von Sighele, Weygandt, Gustav le Bon, Hellpach u. a.

*) Vergl. dazu Bresler, „Religionshygiene", 1907.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VII.

Aus der Literatur des Jahres 1907 zusammengestellt

von *Ernst Schultze.*

(Fortsetzung.)

Der Erblasser der Klägerin war bei der beklagten Gesellschaft gegen Unfall versichert. Nach § 1 der Versicherungsbedingungen wird die Versicherung gewährt „gegen die Folgen von Unfällen, insofern durch dieselben für sich allein und nicht beeinflußt durch irgendwelche, mit dem Unfall nicht in ursächlichem Zusammenhange stehende Krankheiten oder andere Umstände der Tod oder die Arbeits- bezw. Erwerbs-(Dienst-)unfähigkeit verursacht worden ist." Die Klage auf Zahlung der policemäßigen Entschädigung wurde in den Vorinstanzen abgewiesen. Das R. G. bestätigte aus folgenden Gründen: Der Berufungsrichter stellt fest, daß der Versicherte an dem Tage des Sturzes, nämlich am 30. Januar 1901, bereits an Tabes dorsalis gelitten habe, daß die Krankheit aber in den allerersten Stadien der Entwicklung sich befunden habe und vielleicht noch lange latent und stationär geblieben wäre, ohne auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten einen Einfluß auszuüben, daß sonach die plötzliche Erwerbsunfähigkeit durch eine traumatische Steigerung der Tabes infolge des Sturzes herbeigeführt worden sei. Er nimmt aber auch weiter an, daß der Unfall an und für sich nicht zur Erwerbsunfähigkeit des Klägers geführt haben würde, wenn nicht die tabes vorhanden gewesen wäre, und gelangt zu dem Ergebnis, daß der Zustand des Ver-

sicherten nicht durch den Unfall allein verursacht worden sei, sondern nur in dessen Verbindung mit bereits bestehender Tabes, also beeinflußt durch diese Krankheit, und daß daher gemäß § 1 der Bedingungen der Versicherungsfall nicht gegeben sei. Diese Ausführung ist rechtlich nicht zu beanstanden. Wenn die Beklagte nach dem unzweideutigen Wortlaut ihrer Bedingungen, welche die Grundlage des Versicherungsvertrages bilden, nicht haften will, sofern zu dem schadenbringenden Zustande ein von dem Unfall unabhängiger Umstand, insbesondere Krankheit, mitgewirkt hat, so ist die Anwendung dieser Bestimmung auf einen Fall nicht zu mißbilligen, in welchem lediglich eine bereits in dem Körper des Versicherten schlummernde schwere Krankheit den ungünstigen Verlauf der Sache herbeigeführt hat, während ohne diese Krankheit das als Unfall gekennzeichnete Ereignis weitere Folgen nicht gehabt haben würde. Es ist richtig, daß eine streng wörtliche Auslegung der in der Police gegebenen Definition des Unfalls zu einer mit dem Versicherungszweck unvereinbaren Einschränkung der Haftpflicht führen würde. Andererseits ist eine Auslegung zu verwerfen, die auf eine Beseitigung der nun einmal gezogenen Grenze der Haftung hinauslaufen würde. Auf die Umstände des Einzelfalles wird es ankommen, ob noch gesagt werden kann, daß der Unfall die alleinige, im wesentlichen nicht durch sonstige mitwirkende Ursachen beeinflußte Ursache des Todes oder der Invalidität des Verletzten gewesen sei. Dies ist schon in dem Urteile des erkennenden Senats vom 19. Febr. 1907 (VII. 200. 06) ausgeführt, in welchem es sich darum handelt, ob bei vor dem Unfall vorhandenem Krebsleiden dieses als die den Versicherungsfall ausschließende Mitursache des Todes des Versicherten zu betrachten sei. Der Berufungsrichter hatte die Frage bejaht, und dem ist der Senat gefolgt, indem darauf hingewiesen wurde, daß der getroffenen Entscheidung nicht andere scheinbar abweichende Entscheidungen entgegengehalten werden könnten; das Urteil sei nach Lage des einzelnen Falles zu sprechen. Findet sich daher in einer Reihe von Urteilen der Ausspruch, daß der Unfall als die direkte und ausschließliche Ursache des Todes oder der Erwerbsunfähigkeit auch dann bezeichnet werden könne, wenn durch Alter, allgemeine Kränklichkeit, Schwäche einzelner Organe und andere im Laufe der Versicherungsperiode eingetretene natürliche Zustände eine besondere Empfänglichkeit des Körpers für die nachteiligen Einwirkungen des Unfalls vorhanden gewesen sei (vergl. das Urteil vom 12. Februar 1907 — VII. 198. 06 — und die dort angeführten weiteren Urteile), so hat damit keine überall und gleichmäßig zu beachtende Regel aufgestellt werden sollen. Im gegenwärtigen Prozesse liegt die Sache so, daß erst die Krankheit, die Tabes dorsalis, dem Unfall das Gepräge eines schadenbringenden Ereignisses gegeben hat. Wollte man hier dem Unfall trotz der Bestimmung in der Police die Bedeutung der alleinigen Ursache der eingetretenen nachteiligen Folgen beimessen, so würde man jene Bestimmung überhaupt ausschalten. Darum versagt der gegen die Auslegung des § 1 der Bedingungen gerichtete Revisionsangriff. (R. G. VII. 22. Okt. 1907.)

J. W. 749.

Nur ungewöhnliche, außer der Berechnung liegende Vorkommnisse, welche die durch den Unfall in Bewegung gesetzte Kette der Ereignisse ungünstig beeinflussen, sollen als mitwirkende Ursachen gelten. Eine lediglich mißglückte Operation gibt der Beklagten nicht das Recht, die Zahlung der Versicherungssumme zu verweigern. (R. G. VII. 25. Okober 1907.)

J. W. 750.

IX. Haftpflichtgesetz.

7. Juni 1871.

§ 1.

Wenn derjenige, der bei einem Eisenbahnunfall eine Gesundheitsschädigung erlitten hat, sich weigert, eine ihm ärztlich empfohlene Kur in einer Heilanstalt zu gebrauchen, so liegt die Beweislast bezüglich der Frage, ob bei Anwendung der Kur Heilung oder wesentliche Besserung eingetreten sein würde, dem Verletzten nur dann ob, wenn seine Weigerung arglistig ist, wider Treu und Glauben verstößt, nicht aber, wenn durch die Verletzung seine Willenskraft so herabgesetzt ist, daß es ihm nicht gelingt, entgegen seiner krankhaften Überzeugung, eine solche Kur werde ihm schaden, dem ärztlichen Rate zu folgen. (R. G. VI. 31. Juni 1906.)

D. R. pag. 713. Entsch. Nr. 1654.

§ 1. § 254. Abs. 1. B. G. B. 1564.

Von höherer Gewalt kann keine Rede sein, wenn der Verletzte, der ein Eisenbahngleis zu überschreiten im Begriff war, durch unglückliches Eingreifen eines Genossen zurückgehalten und vom Zuge überfahren worden ist, weil die Bestürzung und Geistesverwirrung, in der der Genosse den sonst glücklich hinübergelangten Verletzten zurückriß, selbst eine Folge der Eisenbahngefahr war. Wohl aber kann diese mitwirkende Ursache als einer der „Umstände" gelten, die bei der Bestimmung des Umfanges des zu leisten-

den Ersatzes nach § 254 Abs. 1 in Betracht gezogen werden können. (R. G. VI. 17. Januar 1907.)
D. R. pag. 320. Entsch. Nr. 668.

X. Beamtenunfallfürsorgegesetz.

2. Juni 1902.

§ 1.

Der Beweis des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Dienstunfähigkeit und Betriebsunfall kann auch auf Grund späterer nach der Feststellung der Dienstunfähigkeit angestellter Beobachtungen erbracht werden. (R. G. III. 26. März 1907.)
D. R. pag. 586. Entsch. Nr. 1249.

XI. Krankenversicherungsgesetz.

§ 1. 3.

. . . Zunächst ist es nicht aufrecht zu erhalten, daß der ärztliche Beruf als solcher, wenn er zum Zwecke des Erwerbes ausgeübt wird, schon einen Gewerbebetrieb darstellt. Zwar hat das vom Berufungsgericht angezogene Urteil des VI. Z. S. des R. G. vom 30. September 1897 — R. G. 39, 134 ff. — die Ausübung der Heilkunde durch approbierte Ärzte als Gewerbe im Sinne des § 3 des Reichsgesetzes vom 13. Mai 1870 wegen Beseitigung der Doppelbesteuerung bezeichnet. Dieser Senat hat indessen in dem Urteile vom 4. Okt. 1906 in Sachen Goldschmidt c. Verein der Ärzte des Regierungsbezirks Breslau VI. 614/05 — auszugsweise abgedruckt in der D. J. Z. von 1907, Nr. 1, Spruchbeilage — bei der Prüfung der Frage, ob der ärztliche Beruf als Gewerbebetrieb und damit als sonstiges Recht im Sinne des § 823 Abs. 1 B. G. B. anzusehen ist, den früheren Standpunkt nicht aufrecht erhalten. In dem zuletzt erwähnten Urteile ist in Übereinstimmung mit der in der Literatur vertretenen Ansicht und mit der preußischen Verwaltungspraxis angenommen, daß die Ausübung des ärztlichen Berufs, obgleich sie in Erwerbsabsicht stattfindet, wenn mit derselben die Darbietung von Räumen und Einrichtungen zur Krankenpflege zum Zwecke der Gewinnerzielung nicht verbunden ist, wegen des dabei obwaltenden höheren wissenschaftlichen und sittlichen Interesses außerhalb des materiellen Gewerbebegriffs stehe; dadurch, daß die Ausübung der Heilkunde, soweit dies im öffentlichen Interesse geboten sei, durch die Gew.-O. geregelt werde (§§ 6, 29, 53, 80 Abs. 2 in der Fassung vom 26. Juli 1900), sei die ärztliche Berufstätigkeit selbst nicht schlechthin als ein Gewerbe charakterisiert. Der IV. Senat des R. G. hat in dem Urteile vom 6. März 1902 — auszugsweise abgedruckt in der Jur. W., 1902, Beilage S. 227, Nr. 88 — ebenfalls ausgesprochen, daß der ärztliche Beruf als solcher ungeachtet der vorstehend erwähnten Bestimmungen der Gewerbeordnung kein Gewerbe im Sinne derselben sei. Der jetzt erkennende Senat schließt sich den beiden neueren Urteilen an und sieht ebenfalls durch die Gew.-O. die Ausübung der ärztlichen Berufstätigkeit nur nach ihrer gewerbepolizeilichen Seite hin für geregelt an, ohne daß dadurch die auf wissenschaftlicher Grundlage beruhende Berufstätigkeit des approbierten Arztes selbst zum Gewerbe gemacht ist. Damit entfällt der erste Grund des Berufungsgerichts. Die Ausübung der ärztlichen Praxis allein ist kein die Versicherungspflicht des Personals des Arztes bedingender Gewerbebetrieb. Durch besondere Bestimmung, wie dies zu 2a des § 1 hinsichtlich der bei andern, ebenfalls nicht Gewerbetreibenden (Anwälte, Notare, Gerichtsvollzieher usw.) beschäftigten Personen geschehen ist, ist die Versicherungspflicht der Bediensteten des Arztes nicht festgesetzt. Es ist das nicht für ratsam erachtet, weil sich bei ihnen schwer entscheiden lasse, ob sie Dienstboten oder im Geschäftsbetriebe beschäftigte Personen seien (Wadtke, Krank.-V.-G., 5. Aufl., Anm. 14 zu § 1, S. 69). Auch der zweite Entscheidungsgrund des Berufungsgerichts ist bei der jetzigen Lage der Sache nicht für ausreichend befunden, die Entscheidung zu tragen.

. . . Nur wenn die Anstalt als ein selbständiges Mittel zur Erzielung einer dauernden Einnahmequelle vom Arzt gehalten wird, macht sie ihn zum Gewerbetreibenden und damit das Anstaltspersonal versicherungspflichtig. . . . (R. G. VII. 17. Mai 1907.)
J. W. 491.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— Die Arbeiten für den **III. internationalen Kongress für Irrenfürsorge (Wien, 7.—11. Oktober)** schreiten rüstig vorwärts. In der Komiteesitzung vom 14. d. Monats ist außer den im vorläufigen Programm bereits angemeldeten Vorträgen und Referaten über folgende weitere Vorträge berichtet worden, welche deutscherseits mittlerweile angemeldet worden waren: Docent Kauffmann-Halle a. S.:

„Die Bedeutung der physiologischen Chemie für die Irrenpflege". Direktor Dr. Scholz-Obrawalde: „Die Ausbildung des Pflegepersonals". Medizinalrat Dr. Kreuser-Winnenthal: „Bestrebungen und Erfolge der Irrenhilfsvereine". Hofrat Dr. Friedländer-Hohe-Mark i. Taunus: „Über Imbezillität und die sogen. moral insanity". Vorträge haben außerdem noch angemeldet die Herren Direktor Krenberger-Wien, Dr. Abl-Agram u. a.

— **Die XXXIII. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte** wird am 30. und 31. Mai in Baden-Baden im Saal Louis XIII. des Konversationshauses abgehalten werden.

Die erste Sitzung findet Samstag, den 30. Mai, vormittags von 11 bis 1 Uhr statt. Vorstellungen von Kranken sollen in dieser Sitzung erfolgen.

In der zweiten Sitzung (am gleichen Tage nachmittags von 2—5½ Uhr) wird das Referat erstatten Herr Prof. Dr. Edinger (Frankfurt a. M.): Die Gruppe der Aufbrauchkrankheiten. Daran sollen sich die dazu gehörigen Vorträge sowie die Bemerkungen zur Diskussion anschließen.

Die dritte Sitzung findet Sonntag, den 31. Mai, vormittags von 9—12 Uhr statt mit Einschaltung oder Anschluß von Demonstrationen miskroskopischer oder sonstiger Präparate. Auf die zweite Sitzung folgt nachmittags 6 Uhr ein gemeinsames Essen im Restaurant des Konversationshauses. Die unterzeichneten Geschäftsführer laden hiermit zum Besuche der Versammlung ergebenst ein.

Folgende Vorträge sind angemeldet:

1. Erb, Rückblick und Ausblick auf die Entwicklung der deutschen Nervenpathologie im letzten halben Jahrhundert.
2. Weygandt (Würzburg): Beiträge zur Lehre vom Mongolismus.
3. Heß (Würzburg): Zur Physiologie und Pathologie der Pupille.
4. Kappers (Frankfurt a. M.): Strukturelle Gesetze im Gehirnbau.
5. Beyer: Der Kampf um die Rente bei nicht traumatischen Neurosen.
6. S. Auerbach (Frankfurt a. M.): Klinisches und Anatomisches zur operativen Epilepsiebehandlung.
7. G. Oppenheim (Freiburg): Über protoplasmatische Gliastrukturen.
8. Kohnstamm und Quensel (Königstein i. T.): Der sensible Kern des ersten Kopfmetamers.
9. Gerhardt (Basel): Über Meningitis serosa.
10. Stark (Karlsruhe): Heilbarkeit der Meningitis tuberculosa.
11. E. v. Nießl (Leipzig): Über die Lokalisation der motorischen Aphasie.
12. Förster (Leipzig): Über einen unter dem Bilde der progressiven Paralyse verlaufenden Fall von Geschwulstbildung im vorderen Balken.
13. Vogt (Frankfurt a. M.): Über tuberöse Sklerose.
14. Schreiber und Wengler (Heidelberg): Über Wirkungen des Scharlachöls auf die Netzhaut (Demonstration).
15. Dreyfuß (Heidelberg): Über nervöse Dispepsie.
16. Ratner (Wiesbaden): Die Bedeutung der Wright-schen Opsonine für die Neurologie.
17. v. Monakow (Zürich): Zur feineren Anatomie des Mittelhirns und der Brücke (mit Demonstrationen).
18. Windscheid (Leipzig): Beitrag zur traumatischen Reflexepilepsie.
19. Pfersdorff (Straßburg): Zur Symptomatologie der Dementia praecox.
20. Bartels (Straßburg): Fehlen von Augenhintergrundsveränderungen bei septischer Thrombose beider Sinus cavernosi; postoperative Stauungspapille bei otitischer Sinusthrombose und Bild einer Stauungspapille als angeborene familiäre Veränderung.
21. Gierlich (Wiesbaden): Tumor des Kleinhirns und des Kleinhirnbrückenwinkels (mit Demonstration).
22. Quensel (Königstein i. T.): Über Worttaubheit.

Die Herren Vortragenden werden gebeten, sich mit Rücksicht auf die Zwecke der Versammlung von vornherein so einzurichten, daß die Dauer der einzelnen Vorträge die Zeit von 12 bis 15 Minuten nicht überschreitet. Das Ablesen von Manuskripten ist nicht üblich.

Mai 1908.

Die Geschäftsführer:

Hoche, Freiburg i. Br. Laquer, Frankfurt a. M.

Referate.

— Soergel, Hs. Th. und Krause, Jahrbuch des Strafrechts und Strafprozesses. Zweiter Jahrgang. (Rechtsprechung 1907.) Hannover 1908. Helwingsche Buchhandlung.

Als Fortsetzung des I. Jahrgangs, der in dieser Zeitschrift, Jahrgang IX, S. 356 besprochen ist, ist vor kurzem der II. Jahrgang erschienen, gleich übersichtlich und vollständig wie sein Vorgänger. Das Jahrbuch ist erheblich erweitert, da es die strafrechtliche Rechtsprechung nicht nur zu den sämtlichen Reichsgesetzen, sondern jetzt auch zu den sämtlichen Landesgesetzen bringt. Für die Leser unserer Zeitschrift dürften fast nur die Reichsgesetze in Betracht kommen; und hier verdienen vor allem die Entscheidungen des Reichsgerichts Beachtung, die Soergel auch in der von ihm herausgegebenen Zeitschrift „Das Recht" sehr schnell und ausführlich berichtet.

— M. Reichardt, Der Diabetes insipidus — Symptom einer Geisteskrankheit? (Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik zu Würzburg. 2. Heft.) Jena 1908. Gustav Fischer.

Die umfangreiche Arbeit findet sich in obigem Heft neben einem Aufsatze Riegers über „Widerstände und Bremsungen im Hirn" und einem weiteren Aufsatz unseres Autors über „Die Beziehungen zwischen Läsionen des Halsmarkes und reflektorischer Pupillenstarre".

Nachdem Verf. sich mit den Ansichten anderer Forscher über den Begriff der Polyurie auseinander gesetzt und in der von anderen Autoren gebrachten

Kasuistik der meist unerkannten psychopathologischen Grundlage der Polyurie nachgespürt hat, erkennt er im Diabetes insipidus keine primäre Polyurie, sondern eine durch einen psychischen Zwang oder durch eine Psychose, namentlich durch hypochondrische Paranoia bedingten Trieb, abnorm viel Flüssigkeit in sich aufzunehmen. Der Diabetes insipidus ist also keine Krankheit, sondern — sofern keine organische Hirnkrankheit vorliegt — das Symptom einer psychischen Anomalie (Hypochondrie, hypochondrische Paranoia, Melancholie, Epilepsie, Schwachsinn). Tritt der Diabetes insipidus für sich allein ohne andere psychopathische Begleiterscheinungen auf, so haben wir dann nur die partielle Äußerung einer Psychose vor uns und Verf. findet so hier eine weitere Stütze für die Berechtigung des Begriffes der „partiellen Paranoia".

Wie weit man dem Verf. in seinen terminologischen Auseinandersetzungen folgen kann, kommt auf den Standpunkt an, den man selber einnimmt. So kann Ref. dem Verf. in seiner Bekämpfung Gaupps, der ja bekanntlich den Begriff der Dipsomanie auf Erkrankungen epileptischen Ursprunges beschränkt wissen will, nicht beipflichten.

Manche Äußerungen des Verf. sind nach Fassung und Inhalt recht auffällig. So z. B. „man müßte von einer ‚Verrücktheit der Niere' sprechen" oder „es gibt nichts Gesünderes für die Psyche als ein leichter Diabetes mellitus". Horstmann.

— Oskar Kohnstamm, Kunst als Ausdrucks-Tätigkeit. München 1907. E. Reinhardt. 93 S.

Wer sich daran macht, ästhetische Probleme unter dem Gesichtswinkel des Naturforschers zu betrachten, darf von vornherein nicht auf ungeteilten Beifall rechnen. Die große Mehrheit wird schwer von der Überzeugung abzubringen sein, daß die Vorbedingungen für jedes künstlerische Schaffen einzig vom rein kunstphilosophischen, oder historischen und kulturhistorischen, oder allenfalls noch vom soziologischen oder völkerpsychologischen Standpunkt aus begriffen sein wollen. Es wird dabei zu gerne übersehen, daß ein wirkliches Verständnis für jede menschliche Formgebung doch in erster Linie zu erhoffen ist vom Studium der physischen und psychischen Gesetze, nach denen einerseits der Mensch — hier der Künstler — rezipiert und produziert und nach denen andererseits die Stimmungen, aus welchen heraus der Bildner seine Werke erzeugte, von anderen — hier von den Beschauern — erkannt und gewissermaßen zum Weiterklingen im eigenen Gemüt gebracht werden können. So erscheint uns der Weg einer psychobiologischen Betrachtung, den Verf. beim Aufsuchen des Wurzelbodens für alle jene menschlichen Äußerungsformen, die wir als Kunst bezeichnen, einschlägt, a priori als ein aussichtsreicher.

Der Gedankengang des Verfassers, eines Anhängers des Neovitalismus, kann hier nur fragmentarisch angedeutet werden.

Das wichtigste Kennzeichen der Gefühle ist der Drang nach Ausdrucksbewegungen. Durch Organgefühle bedingte elementare, zweckhafte Ausdrucksbewegungen können auch in höheren psychischen Prozessen, so in der ästhetischen Konzeption, unter der gleichen Form auf dem Wege der assoziativen Reproduktion durch Gefühle von ähnlicher Färbung wie jene Organgefühle ausgelöst werden. Dann haben wir aber nicht mehr eigentliche Zweckbewegungen im Sinne der Deszendenzlehre vor uns, sondern diese letzteren Ausdrucksbewegungen sind nur symbolische Zweckbewegungen. — Ausdruckstätigkeit wird zur Kunst, wenn sie zu einer selbständigen und verständlichen Erscheinung gelangt ist, und wenn sie ferner das spezifisch ästhetische Lustmoment in sich schließt. Dieses geht hervor aus dem Prinzip der Freiheit und dem der Außerzweckhaftigkeit, welches noch die reine Anschauung in sich begreift. Durch „projektive Einfühlung" verlegt der Künstler sein Gefühl in das ästhetisch angeschaute Objekt und überträgt es auf sein Werk. Durch „rezeptive Einfühlung" nimmt der Beschauer ohne begriffliche Verarbeitung dieses Gefühl des Bildners und weiter zugleich dessen ganze expressive Persönlichkeit unmittelbar in sich auf. Das Gefühl der Liebe kündigt sich im Klopfen des Herzens und dann wieder in Verklärung der Gesichtszüge an, ihre künstlerische Offenbarung im Bilde und im Tonstück äußert sich in gleicher Ausdrucksform. — Die Gesetze der Kunst sind nach Verf. aus den Tatsachen des Gefühles und des Ausdruckslebens abzuleiten, die künstlerische Schönheit ist eine „biologische Funktion".

Die Art des Stoffes macht die Lektüre des Buches nicht gerade zu einer leichten. Trotzdem werden Mediziner, die Neigung fühlen zu Exkursen aus dem engsten Kreis der Fachfragen in benachbarte wissenschaftliche Gebiete — auch wenn sie nicht überall mit dem Verfasser übereinstimmen —, die Broschüre mit Nutzen und mit Genuß lesen. Horstmann.

Personalnachrichten.

Dr. Josef v. Marczell †.

Am 6. Mai d. J. um 1/2 8 Uhr abends verschied nach kurzem Leiden der Primararzt der n.-ö. Irrenanstalt i. R. Dr. Josef v. Marczell im 69. Lebensjahre.

Mit v. Marczell ist ein Mann dahingegangen, der ein gediegener u. wissenschaftlich hochstehender Arzt, seinen Kollegen ein aufrichtiger und biederer Freund, den Kranken nicht nur ein liebevoller Arzt, sondern auch ein treuer Berater war.

Alle, die ihn kannten, werden ihm eine treue Erinnerung bewahren. A. H.

— **Neustadt i. Holst.** Der Hilfsarzt der hiesigen Anstalt Herr Dr. Eichbaum ist als Oberarzt an die Provinzial-Irrenanstalt bei Schleswig versetzt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 10. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**
Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der Provinzial-Irrenanstalt **Dziekanka** bei Gnesen ist die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Gehalt 2400 M. bei freier Station I. Klasse. Nach fünfjähriger Dienstzeit der Regel nach Anstellung auf Lebenszeit als Anstaltsarzt mit einem Gehalte von 3300—5300 M neben freier Dienstwohnung oder dem tarifmäßigen Wohnungsgeldzuschusse.

Bewerbungen, denen ärztliche Approbation und sonstige Zeugnisse im Original oder in beglaubigter Abschrift sowie ein Lebenslauf beizufügen sind, nimmt der unterzeichnete Direktor entgegen.

Sanitätsrat Dr. **Kayser.**

II. Arzt

mit sechsmonatlicher psychiatrischer Vorbildung für die Kropper Anstalten (Kropp, Schleswig) gesucht. Derselbe erhält neben freier Familienwohnung mit Garten jährl. 2000 M. Gehalt. Daneben gute Privatpraxis von mindestens 5000 M. jährlich. Anfragen an Direktor Dr. Bindemann. Womöglich mündliche Rücksprache.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 10. 30. Mai **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die epileptischen Bewusstseinsstörungen in forensischer Beziehung.

Von Dr. *Ödön Németh*, Königl. Gerichtspsychiater in Budapest.

Die Hauptschwierigkeit der gerichtlichen Psychiatrie bei Klarstellung des subjektiven Tatbestandes des Verbrechens besteht in der Beleuchtung und Erleichterung der richterlichen Auffassung solcher Fälle, bei denen ausdrückliche, auch dem Laien noch verständliche Geisteskrankheitssymptome fehlen, wenn es sich um die Feststellung irgendeiner vorübergehenden Aberration handelt, die unmittelbar zu beobachten dem Sachverständigen nicht möglich war, und worauf er infolge seiner Fachkenntnisse und Erfahrung dennoch zu antworten gezwungen ist, da der Richter im Verlaufe der Forschungen nach den physiologischen und pathologischen Motiven des Verbrechens diesbezügliche Fragen an ihn stellt, und er im Sinne des § 51 des deutschen Strafgesetzbuches und des § 76 des ungarischen Strafrechtes feststellen muß, ob ein Individuum das ihm zur Last gelegte Verbrechen im Zustande geistiger Verwirrung oder Bewußtlosigkeit begangen habe, und demzufolge nicht im Besitze seiner freien Willensbestimmung gewesen ist.

Es ist bekannt, daß die Begriffe der Laienwelt bezüglich der Geisteskrankheiten und der Zustände der Bewußtlosigkeit sich mit den Begriffen des Psychiaters nicht decken, daß dieselben den schwer Geisteskranken und besonders den an Paranoia Leidenden oft nur als Sonderling betrachten und bloß den Ohnmächtigen oder vom Schlagfluß Berührten als Bewußtlosen erklären, als geisteskrank jedoch nur solche Leute ansehen, die auf möglichst lärmende Weise ihren krankhaften Geisteszustand bezeugen, obgleich letztere, wie allbekannt, Verbrechen weit seltener begehen, weil ihr Geisteszustand sozusagen auf ihre Stirne geprägt erscheint, und ihre Umgebung und die Verwaltungsbehörden Selbstschutzmaßregeln ihnen gegenüber anwenden und sie bei Zeiten in Irrenanstalten unterbringen.

Die Verbrecherstatistik beweist tatsächlich, daß die lärmend auftretenden und besonders die akuten Geisteskranken (abgesehen von den Melancholikern) und die an Paralysis expansiva oder ausdrücklich an Paranoia Leidenden mit dem Strafgesetze weit seltener in Konflikt geraten, während die Zahl jener Straffälle unverhältnismäßig größer ist, welche von solchen Geisteskranken verübt werden, welche die verwickeltsten und am wenigsten klaren pathologischen Zustände zeigen — also an den Zerrformen der Geisteskrankheiten leiden, — so daß selbst der Sachverständige sein den Richter überzeugendes Urteil erst dann vorlegen kann, wenn er den Kranken längere Zeit beobachtet, seine körperlichen und geistigen Eigenschaften eingehend geprüft, die Vorgeschichte der Tat und die Umstände, unter denen das Verbrechen stattgefunden, wohl studiert und überdacht und sich ein vollkommenes Bild des Ganzen geschaffen hat.

Besonders schwierig zeigt sich die Erkennung und Erklärung solcher Fälle, bei denen das Individuum sich ordentlich beträgt, eine verantwortliche Stellung zur Zufriedenheit seiner Vorgesetzten ausfüllt und bloß zeitweilig ein auffallendes Benehmen zeigt, Aberrationen, die aber der Laie als solche nicht erkennt, weil er selbst dort noch Planmäßigkeit und Zielbewußtheit zu entdecken glaubt, wo dagegen das Auge des Sachverständigen eine ganze Reihe solcher charakteristischer, grund- und zielloser, unzeitgemäßer Erscheinungen sieht, die mit der Lage, den Umständen, dem Charakter, den Gewohnheiten und den früheren Verhältnissen des Kranken in grellem Widerspruche stehen oder wenigstens nicht in gehörigen Einklang gebracht werden können.

Die vor den Gerichten am häufigsten beobachteten Bewußtseinsstörungen sind die alkoholische Bewußtlosigkeit, die pathologische Berauschtheit und die

epileptische Bewußtlosigkeit, besser: Bewußtseinsstörung, welch letztere durch das nebelhafte, traumhafte, ja sogar durch die gänzliche Aufhebung des Bewußtseins, und durch das mangelhafte, hin und wieder gänzlich fehlende Erinnerungsvermögen an während der Bewußtlosigkeit stattgehabte Ereignisse, durch die Abstufungen der Erinnerung (absolute und relative Amnesie) charakterisiert wird.

Bei der Untersuchung epilepsieverdächtiger Verbrecher — wie wir es weiter unten sehen werden — spielt die Konstatierung der epileptischen Körperbeschaffenheit eine besonders wichtige Rolle. Wir wissen, daß die meisten Epileptiker zahlreichere Zeichen körperlicher und geistiger Degeneration zeigen. Ihre Schädelbildung ist unregelmäßig, mit teilweiser irregulärer Verschobenheit, mikrozephalisch, rhachitisch oder hydrozephalisch, die Stirne ist niedrig und schmal, als ob sie zusammengepreßt worden wäre, die Augen sitzen tief in ihren Höhlen, die Pupillen sind meistens erweitert, die Nasenwurzel breit, die Nase selbst schief, die Nasenlöcher klaffend, die Backenknochen hervorstehend, die Ohren regellos, die Ohrläppchen verwachsen und das Gebiß unregelmäßig; auffallend erscheinen des ferneren: Die Erregtheit des motorischen Zentrums, die partiellen Muskelzuckungen, die Störung der Tätigkeit in den Empfindungsorganen, die büstenartige Starre im Gesichtsausdruck, der stiere Blick, die Reizbarkeit des Gemütes, die Neigung zu Wutausbrüchen, der Eigensinn und Trotz, oft verbunden mit auffälliger Empfänglichkeit für fremde Beeinflussung, Impressionabilität: weiter Mangel altruistischer Gefühle, Gleichgültigkeit, Neigung zur Grausamkeit, Brutalität, Gewalttätigkeit und Verlogenheit, sprunghafte Gemütsfluktuation, melancholische Depression, Lebensüberdruß, Neigung zum Selbstmord, zur impulsiven Gewalttätigkeit, wie Diebstahl, Brandstiftung, Körperverletzungen, gewalttätige Geschlechtsakte, zu Vagabondage und ziellosem Umherwandern. Zumeist zeigen solche Individuen neben religiösem Übereifer und Bigotterie einen Mangel oder völlige Stumpfheit des sittlichen Gefühls, ebenso wie die eher auf Formenkram basierende Unvollkommenheit ihrer religiösen Begriffe vorzuherrschen pflegt, weiter charakterisiert sie eine Detailmalerei, Langatmigkeit und Farblosigkeit ihrer Redeweise, Intoleranz dem Alkohol gegenüber, Enuresis nocturna und ein unruhiger, von schreckhaften Traumbildern erfüllter Schlaf.

Bei solchen epileptischen Individuen treten oft in längeren oder kürzeren Pausen, besonders nach empfangenen Gemütseindrücken oder alkoholischen Intoxikationen, oft aber ohne jeden bemerkbaren äußeren Grund konstitutionellen Ursachen entspringende, mit gellendem Aufschrei und Schmerz in der Herzgegend beginnende, mit Zusammenstürzen und Bewußtlosigkeit verbundene, einige Minuten dauernde, von allgemeinen und partiellen Muskelzuckungen begleitete Anfälle auf, tonisch-clonisch-konvulsivische Krämpfe, denen dann Amnesie, Betäubtsein, getrübtes Bewußtsein, manchmal Schlaf folgt (grand mal); doch können auch mit oder ohne Aura verbundene, von vasomotorischen Störungen begleitete Schwindelanfälle auftreten, begleitet von automatischen Mund- und Schluckbewegungen, auch Zwangshandlungen (petit mal); und endlich kann auch die periodisch erscheinende, durch äußere Einwirkung (Gemütseindruck oder Alkoholgenuß) oder innere Reizung erzeugte Bewußtseinstrübung (absence) auftreten. Außerdem treten leicht bei Epileptikern den motorischen Krampfanfall ersetzende oder vor eventuell nach dem Anfall übergangsmäßig vorkommende geistige Störungen, auch Bewußtlosigkeit auf, als deren Symptome gelten: Das plötzliche anfallsartige Auftreten derselben, die Periodizität, die aus dem normalen Geisteszustande ohne Prodromalsymptome, rasch, unverhofft entspringende Entwicklung, das stürmische Wesen der Symptome, die erschreckenden Delirien von oft religiösem Inhalte, die lebhaften Halluzinationen, Furchtempfindungen, Angstgefühle, Dämmerzuständen ähnliche Trübung oder oft gänzliche Aufhebung des Bewußtseins und dann die plötzliche, gleichsam krisisartig eintretende Lösung, das unverhoffte Ende der Störung und Bewußtlosigkeit, das plötzliche, unvermittelte Zurückschnellen in den gesunden Zustand, und die gänzliche Amnesie oder allgemeine, mangelhafte Rückerinnerung an alle Ereignisse, die sich um das Individuum oder mit ihm in seinem Zustande der Geistestrübung abgespielt hatten.

Epileptiker zeigen oft selbst im wachen, bewußten Zustande Gemütsverstimmungen, und das gleiche nehmen wir auch während ihres bewußtlosen Zustandes wahr. Sie sind ohne Ursache besorgt, werden von Ahnungen nahenden Unheils gequält und stehen unter dem Eindrucke beklemmenden Angstgefühles, in einer Art innerer Spannung (Moeli), wodurch sie sich sehr empfänglich zeigen für impulsive, grund- und ziellose Zwangshandlungen, wie Selbstmord, Brandstiftung, Diebstahl, gewalttätigen Beischlaf, Perversität, Desertion, ziellοses Umherwandern, Vagabondage, zweckloses Hin- und Herreisen, und ihr Nervensystem reagiert außerordentlich rasch auf äußere oder innere Reizungen (Alkohol, Gemütser-

schütterung, Freud und Leid, Zorn, materielle Sorgen, übertriebene geistige und körperliche Arbeit), wogegen ihre konstitutionelle und ethische Widerstandsfähigkeit stark gesunken erscheint. Tatsächlich lehrt die Erfahrung, daß die meisten Schandtaten sowohl als auch die brutalsten Gewaltsakte größtenteils von Epileptikern verübt werden, für welche kennzeichnend ist, daß nach stattgehabter Ausführung derartiger, bei geistig normalen Verbrechern kaum vorkommenden bestialischen Taten noch immer ein Plus ihrer Grausamkeit in den Vordergrund tritt, welches oft kaum oder überhaupt nicht motiviert werden kann, und immer weit über die ursprüngliche Absicht des Täters hinausgeht.

Der klassische motorische Krampfanfall der Epileptiker spielt keine große Rolle in der forensischen Praxis, weil das Individuum zu dieser Zeit zu Handlungen unfähig erscheint und sich in hilflosem Zustande befindet. Der motorische Krampfanfall hat nur dann Wert, wenn es dem Sachverständigen gelingt, bei einem konkreten Falle derlei Anfälle aus dem Vorleben des Angeklagten festzustellen oder selbst zu beobachten, wodurch die Beurteilung des Falles bedeutend erleichtert und die Begutachtung auf verläßlichere Basis gestützt wird.

Vom praktischen Standpunkte aus sind jedoch zweifelsohne wichtiger die dem Anfall vorangehenden, demselben folgenden und besonders den Anfall selbst ersetzenden geistigen Perturbationen, Dämmerungszustände, allwo beim Individuum von vasomotorischen Störungen begleitete Schwindelzustände, Bewußtseinsstörung, partielle Muskelzuckungen, Halluzinationen, Größen- und Verfolgungswahnideen und Angstdelirien auftreten, wobei die psychische Tätigkeit sowie die Bewegungsfähigkeit des Individuums nicht aufgehoben erscheint wie beim motorischen Anfall, sondern wo nach Westphal die Beziehungen einzelner Erscheinungen der Außenwelt zueinander und zum Individuum längere oder kürzere Zeit hindurch vom Individuum selbst nicht bemerkt werden, jenes Verhältnis außerhalb des Bereiches seines Bewußtseins zu liegen kommt und der Kranke solche Taten verübt, die mit seiner ethischen und sittlichen Auffassung, seinem Charakter, seinen Gewohnheiten im Widerspruche stehen, und die er eben darum in normalem Zustande nicht verüben würde (Hoche), wenn teilweise oder im ganzen jene inneren tonangebenden Motive fehlen, die des Individuums Äußerungen und Handlungen mit der Gesamtpersönlichkeit in Einklang bringen (Moeli). Wenn diese Anfälle bei solchen Epileptikern auftreten, bei denen sich auch in anfallsfreiem Zustande größere oder kleinere Abnormitäten zeigen, so wird die Beurteilung nicht schwierig sein; wenn aber das epileptische Äquivalent bloß in längeren Zwischenzeiten auftritt, wie z. B. ein- oder zweimal jährlich, und von Sachverständigen niemals beobachtet worden war, so wird die Konstatierung des Übels schon schwieriger sein, bis nicht der erlösende neuere Anfall auftritt, weil ja der Kranke — wenigstens vor dem Auge des Laien — auch außerhalb seiner lucida sich scheinbar im Zustande des Bewußtseins befinden kann, mit seiner Umgebung verkehrt, dieselbe erkennt und eben deshalb auf den Laien nicht den Eindruck eines Geistesgestörten macht, weil er eine ganze Reihe verwickelter Handlungen ausführen kann, ohne jedoch davon Kenntnis zu haben oder sich später daran erinnern zu können. Es ist nun natürlich, daß der Kranke in solchem Zustande ebenso ganz unschuldige Handlungen vollführen kann, wie auch die brutalsten Verbrechen, die impulsivsten Gewalttätigkeiten begehen kann, die alle im Zustande der Bewußtlosigkeit und deshalb ohne seinen Willen erfolgen. Solch ein Zustand der Bewußtlosigkeit pflegt ebenso schnell vorüberzugehen, wie er gekommen ist, und kann Minuten, Stunden, Tage, ja oft auch Monate lang dauern. Die Zeugen des Anfalles jedoch werden — aus bereits oben erwähnten Gründen — nur selten den pathologischen Zustand erkennen, und werden wir nur durch Erforschung des Vorlebens und der früheren Handlungen des Individuums wertvolle, zur Unterstützung des Sachverständigen-Urteils verwendbare Daten erhalten können.

Charakteristisch für diese durch Epileptiker im Dämmerzustand verübten Handlungen ist die Ähnlichkeit derselben in jedem einzelnen der Anfälle, und ist diese Erscheinung bei Beurteilung eines konkreten Falles ebenfalls in Betracht zu ziehen.

Zur Illustrierung dieses Umstandes kann ich den Fall eines 30jährigen Schülers der Ackerbauschule erwähnen, gegen den ein Prozeß wegen dreifachen Raubmordes im Gange war; im selben erklärten die Zeugen einstimmig, daß — trotzdem das Betragen dieses jungen Mannes für gewöhnlich ordnungsgemäß war und er als zartfühlend und solid galt, der nie die geringste Übertretung begangen und niemals Zeichen der Geistesgestörtheit gezeigt habe — dieser hier und da im Laufe der Jahre, vielleicht in sieben bis acht Fällen, ein „seltsames“ Betragen an den Tag gelegt habe, bei Tage öfter einschlief, und wenn er erwachte, mit jederman zu ringen begann, hierauf die einzelnen, sein Eigentum bildenden Gegenstände grund- und ziellos, aber anscheinend im Zu-

stande des Bewußtseins hin und her zu räumen anfing, sein Bettzeug in einen Ballen preßte, mit den Fäusten bearbeitete, dabei stundenlang gewisse Drohrufe („ich habe ihn getötet" — „ich habe dich, du H—e") mit einer gewissen Stereotypie wiederholte, seine Kleider abwarf, einzeln zusammenrollte, hierauf umherstreute, ziellos hin und her lief, sogar vom Hause sich entfernte, vor sich hinbrummte, unterdessen sein Rasiermesser hervorsuchte, sich ordnungsgemäß rasierte, ohne sich zu verletzen, bald militärische Kommandorufe ertönen ließ, Tagesbefehle schrieb, sang, lärmte und noch eine ganze Reihe, durch die äußeren Umstände nicht gerechtfertigte, wenn auch teilweise anscheinend zielbewußte, aber im großen und ganzen mit seiner Gesamtpersönlichkeit im Widerspruch stehende und mit den Umständen unvereinbare, zwecklose, unzeitgemäße, automatische Handlungen verübte, und konnte man es nur dem Zufalle verdanken, daß er keine tatsächlichen Gewalttätigkeiten beging. Dieses Individuum schlich sich eines Morgens aus der Schule, spazierte, von einem Zeugen beobachtet, vor einem benachbarten Geschäftslokale auf und ab, ging dann hinein und erschlug unbarmherzig und ohne jede Ursache den Kaufmann, dessen Frau und Dienstmagd, zertrümmerte ihre Schädel und entfernte sich dann, ohne etwas zu rauben, die Hände triefend von Blut, die Mütze der Ackerbau-Zöglinge unter dem Arme, auf dem Kopfe dagegen den Hut des Ermordeten tragend und ein Frauenkleid über die Schulter geworfen; in solchem Zustande ging er in die benachbarte Meierei, begann die einzelnen Gegenstände fortzuwerfen und wanderte schließlich zu Fuß in die benachbarte Stadt hinein, schlief aber auf dem Wege dahin im Straßengraben ein. — Bei seinem Verhöre erinnerte er sich verschwommen an das Geschehnis, gab zu, daß kein anderer als er der Täter sein könne, weil er — wie er sagte — Feiertagseinkäufe halber das Geschäft betreten, mit dem Kaufmann wegen einer Differenz von einigen Kreuzern in Streit geraten war, jedoch weitere Aufklärung zu geben nicht imstande sei. Die eigentümliche anfallartige Durchführung des Verbrechens, die Impulsivität, die Ausführung an einem exponierten Orte, die durch die Umstände und Verhältnisse keineswegs gerechtfertigte Brutalität, die bei der Ausführung durch den Angeklagten bewiesene Rücksichtslosigkeit, die Grundlosigkeit der Tat — dies alles erweckte den Verdacht, daß der Täter ein Epileptiker sei, und es wurde im Verlaufe der Beobachtung in der Tat festgestellt, daß der Angeklagte ein degeneriertes Individuum sei, an schweren Schwindelanfällen leide und seine Tat, die mit jenen geschilderten Zwangshandlungen Ähnlichkeit zeigte, in einem das Bewußtsein schwer trübenden Dämmerungszustande begangen habe, und demzufolge nicht im Besitze seiner freien Willensbestimmung gewesen war.

Der Dämmerzustand des Epileptikers fällt dem Laien um so weniger als krankhaft auf, weil die Kranken — abgesehen davon, daß auch ihre abnormalen Handlungen noch eine gewisse Nuance der Zielbewußtheit tragen können — selbst im bewußtlosen Zustande ihre Umgebung erkennen und auf einzelne Fragen auch richtige Antworten geben können. Hoche erwähnt eines 40jährigen, seit einigen Jahren an Epilepsie Leidenden, der bei einer ärztlichen Visite zusammenstürzte, einen atypischen, konvulsivischen Anfall bekam, nach vier Minuten jedoch aufstand, sich lächelnd entfernte, auf die an ihn gerichteten Fragen nicht antwortete, später aber die ihm vorgelegten Gegenstände richtig benannte, aufgefordert hierzu, seinen Namen fließend und schön niederschrieb, das ihm gereichte Geldstück annahm und sich dafür bedankte. Tags darauf erinnerte er sich nur daran, daß er am vorherigen Tage einen Krampfanfall gehabt habe, konnte sich aber weder dessen entsinnen, daß er zu jener Zeit seinen Namen unterschrieben habe, noch dessen erinnern, von wem er das Geldstück erhalten habe.

Während meiner Gerichtspraxis und desgleichen in der Justiziellen Landes-Beobachtungs- und Irrenheilanstalt hatte ich genug Gelegenheit, einen solchen Fall zu beobachten, wo der Epileptische eine ganze Serie vorbedacht und zielbewußt scheinender, ihrem Resultate nach dennoch zielloser und den Umständen und Verhältnissen des Kranken nicht entsprechender Handlungen im Dämmerzustande ausführte, ohne daß er sich darüber hätte Rechenschaft geben oder später sich daran erinnern können. Ein 43 jähriger Feldarbeiter, der selten an motorischen Anfällen leidet, bei dem aber meistens und häufig genug $^1/_2$ bis 1 Minute lang dauernde Schwindelanfälle auftreten und der ein typisches, schwerbelastetes Individuum ist, wurde einmal während der Visite und mitten im Gespräche von Schwindelanfall überrascht. Er erblaßte plötzlich, seine Pupillen erweiterten sich, zeigten keine Reaktion, die Reflexe waren aufgehoben, sein Stamm wurde starr und seine Nackenmuskeln begannen zu zucken, er entfernte sich von seinem Standplatze und beseitigte vor meinen Augen in zwanzig Minuten die Telephondrähte, vollführte eine ganze Reihe selbstbewußt erscheinender Handlungen mit gewisser Maschinenmäßigkeit, stellte sich auf einen

Stuhl, zog die Nägel mit seinen Fingernägeln heraus und steckte Draht und Nägel in seine Tasche. Während der ganzen Dauer dieser Vorgänge war sein Gesicht bleich, seine Pupillen übermäßig erweitert, reagierten auf keinen Lichteindruck, Korneal- und Patellar-Reflexe waren aufgehoben, er ging mit starr gewordenen Gesichtszügen umher, vermied sorgfältig Hindernisse, wie Tisch und Stuhl und die ihm begegnenden Menschen, verstand aber weder die an ihn gerichteten Fragen, noch erkannte er seine Umgebung. Nach der Aufhellung seines Bewußtseins erinnerte er sich überhaupt nicht an die vor und während des Anfalles stattgehabten Ereignisse, wußte auch nichts davon, daß er mich bei der Visite gesehen, ebensowenig davon, auf welche Weise die Drähte in seine Tasche gelangt waren, und beschuldigte die Wärter, daß dieselben aus Bosheit den Draht in seine Tasche geschmuggelt hätten, damit sie ihm hierdurch Unannehmlichkeiten bereiten und seine Entlassung aus der Anstalt verhindern könnten, obgleich — wie er sagt — sein „Herzkrampf" vollkommen geheilt sei.

Im übrigen nehmen wir es oft genug wahr, daß nach dem Auftreten solcher Dämmerzustände die Kranken behufs Erreichung gewisser Ziele (z. B. daß man sie früher aus der Anstalt entlasse), aber dann auch ohne nachweisbaren Grund ihre Amnesie zu verbergen trachten, dissimulieren, was durch ihren epileptischen Charakter, durch ihre Neigungen zur Lüge und Beschuldigung bedeutend erleichtert wird, welche Charaktereigentümlichkeit an und für sich schon eine pathologische Basis haben kann, um so mehr, als sie durch die während der Bewußtseinsstörung entstandene, dämmernde Auffassungskraft vorausgesetzt werden kann.

(Fortsetzung folgt.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. VII.

Aus der Literatur des Jahres 1907 zusammengestellt

von *Ernst Schultze.*

(Schluß.)

§ 1. § 30 Gew.-O.

Die Ausübung der ärztlichen Praxis allein ist kein die Versicherungspflicht des Personals des Arztes bedingender Gewerbebetrieb. Wenn auch eine Privatklinik, sofern sie dauernden Erwerbszwecken dient, dadurch noch nicht ihre Eigenschaft als Gewerbebetrieb verliert, daß ein Arzt der Unternehmer ist, so muß hier doch immer noch die für den Gewerbebegriff unerläßliche Absicht, aus dem Anstaltsbetrieb Gewinn zu erzielen, bei dem betreffenden Arzt vorhanden sein. Unzutreffend aber ist es, daß allein dadurch, daß die auf Gewinnerzielung gerichtete ärztliche Tätigkeit die Unterhaltung der Anstalt erfordert, der Anstaltsbetrieb mit zur Grundlage des auf Erwerb abzielenden Berufs des betr. Arztes wird, und daß es, weil der Betrieb der Anstalt und die Ausübung der Heilkunde für die Frage der Gewinnerzielung untrennbare Faktoren sind, genügt, wenn nur die Heilkunde mit Gewinnabsicht ausgeübt wird. Nur wenn die Anstalt als ein selbständiges Mittel zur Erzielung einer dauernden Einnahmequelle vom Arzt gehalten wird, macht sie ihn zum Gewerbetreibenden und damit das Anstaltspersonal versicherungspflichtig.

Nicht ausreichend dazu ist ein Anstaltsbetrieb, der lediglich dazu bestimmt ist, die nicht unter die Gewerbeordnung fallende ärztliche Tätigkeit als solche zu ermöglichen oder zu befördern. Ob das eine oder das andere vorliegt, ist Tatfrage und nach den konkreten Verhältnissen zu beurteilen. Zur Entscheidung im Sinne des Berufungsgerichts genügt aber dessen durch tatsächliche Ermittelungen nicht gestützte Annahme nicht, daß im vorliegenden Falle die niedrigen Verpflegungssätze durch das ärztliche Honorar ausgeglichen werden. Der Umstand allein, daß Gewinn durch den Anstaltsbetrieb nicht erzielt sein soll, steht allerdings der Entscheidung des Berufungsgerichts nicht entgegen, es wird aber festzustellen sein, ob, wenn diese Behauptung der Kläger zutrifft, dies auf von dem Willen der Kläger unabhängigen ungünstigen Geschäftskonjunkturen beruht, oder ob von vornherein die Verpflegungssätze im Verhältnis zu dem für sie Gewährten so gering normiert sind, daß auf Gewinnerzielung aus dem Anstaltsbetriebe überhaupt nicht zu rechnen war. Die Höhe der Verpflegungssätze, die Bedingungen für die Aufnahme der Kranken sowie der Umfang und der Zweck des Anstaltsbetriebes sind für

die Beurteilung, ob mit der Anstalt Gewinnerzielung erstrebt wird, wichtige Faktoren. (R. G. VII. 23. April und 17. Mai 1907.)

D. R. pag. 777. Entsch. Nr. 1740.

XII. Unfallversicherungs- und Unfallfürsorgegesetz

vom 18. Juni 1887.

Wurmbehaftung wie Wurmkrankheit ist nicht Betriebsunfall, wohl aber ist Betriebsunfall eine durch die Behandlung eingetretene Erblindung des Wurmbehafteten. (R. G. V. 6. November 1907.)

J. W. 851.

XIII. Preussisches Ausführungsgesetz vom 11. Juli 1891 zum Reichsgesetz über den Unterstützungs-Wohnsitz.

Die Annahme eines Armenpflegefalles bei Unterbringung eines gemeingefährlichen Geisteskranken in einer Irrenanstalt ist berechtigt nicht nur im sicherheitspolizeilichen Interesse, sondern auch wegen eines Heilungs- oder Besserungs- oder eines sonstigen Schutzbedürfnisses. (Urteil des Bundesamts für das Heimatswesen. 9. Dezember 1905.)

Ztsch. f. Med.-Beamte. Beil. Nr. 5, pag. 27.

Ein gemeingefährlicher Geisteskranker ist als hilfsbedürftig im Sinne des Reichsgesetzes nicht anzusehen, wenn er in der Freiheit imstande wäre, sich seinen Unterhalt selbst zu verdienen, und seine Internierung lediglich mit Rücksicht auf die öffentliche Sicherheit erfolgt. (Urteil des Bundesamts für das Heimatswesen vom 9. Dezember 1905.)

Ztsch. f. Med.-Beamte. Beil. Nr. 5, pag. 26.

XIV. Gewerbeordnung.

§ 30.

Zwar trifft es zu, daß nach der Gew.-O. (§ 30) Unternehmer von Privatkrankenanstalten Gewerbetreibende sind, und daß eine Privatklinik, sofern sie dauernden Erwerbszwecken dient, ihre Eigenschaft als Gewerbebetrieb nicht dadurch verliert, daß ein Arzt der Unternehmer ist. Für ausreichend festgestellt aber kann durch die Ausführungen des Berufungsurteils nicht erachtet werden, daß die für den Gewerbebetrieb unerläßliche Absicht, aus dem Anstaltsbetriebe Gewinn zu erzielen, bei den Klägern vorhanden ist. Es kann dem Berufungsgerichte nicht zugegeben werden, daß allein schon dadurch, daß die auf Gewinnerzielung gerichtete ärztliche Tätigkeit der Kläger die Unterhaltung der Anstalt erfordert, der Anstaltsbetrieb mit zur Grundlage des auf Erwerb abzielenden Berufs der Kläger wird, und daß es, weil der Betrieb der Anstalt und die Ausübung der Heilkunde für die Frage der Gewinnerzielung untrennbare Faktoren sind, genügt, wenn nur die Heilkunde mit Gewinnabsicht ausgeübt wird. In Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des Pr. O. V. G. über die Besteuerung der von einem Arzte gehaltenen Krankenanstalt — zusammengestellt im Urteile vom 5. Mai 1898, O. V. G. 7, 418 — und mit dem Beschlusse des I. Z. S. des K. G. vom 14. Januar 1901 — K. G. J. 21 A, 247 — nimmt vielmehr der Senat an, daß auch für die hier zu entscheidende Frage der Anstaltsbetrieb des Arztes einer besonderen Beurteilung zu unterziehen ist. Nur wenn die Anstalt als ein selbständiges Mittel zur Erzielung einer dauernden Einnahmequelle vom Arzte gehalten wird, macht sie ihn zum Gewerbetreibenden und damit das Anstaltspersonal versicherungspflichtig. Dies ist noch näher für den vorliegenden Fall zu erörtern, weshalb die Zurückweisung in die Instanz erfolgt ist. (R. G. VII. 17. Mai 1907.)

Ztschr. f. Med.-Beamte. Beil. Nr. 22, pag. 177.

XV. Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige.

§ 14.

Aus Veranlassung seines Amtes ist ein Beamter als Sachverständiger zugezogen worden, wenn er innerhalb seines amtlichen Wirkungskreises in dienstlicher Eigenschaft vernommen worden ist, nicht schon dann, wenn die Veranlassung seiner Vernehmung nicht sein Amt, sondern nur der Besitz der erforderlichen Kenntnisse gegeben hat. (Bayer. O. L. G. 22. Mai 1905.)

Jahrb. pag. 354.

Mitteilungen.

Der Landeshauptmann der Provinz Hannover, **Georg Lichtenberg**, ist am 21. V. im Alter von 56 Jahren an den Folgen eines im Dienst erlittenen Automobilunfalles gestorben. Die wissenschaftliche Psychiatrie wie die praktische Irrenfürsorge erleiden durch den Tod des vortrefflichen Mannes einen schweren Verlust. Lichtenberg hat seit seinem Amtseintritt vor ca. 10 Jahren das Dezernat des Irrenwesens selbst in der Hand behalten und mit dem wärmsten Interesse vertreten. Die hannoversche Irrenfürsorge hat unter ihm einen neuen Aufschwung genommen. Äußerlich ist er durch die Eröffnung der Lüneburger Anstalt, die Vergrößerung der Anstalt Langenhagen, die Neuschöpfung des Provinzialsanatoriums für Nervenkranke Rasemühle und des Verwahrungshauses bei der Göttinger Anstalt gekennzeichnet.

Mit der Gründung des Nervensanatoriums Rasemühle, das zum großen Teil der persönlichen Initiative des verstorbenen Landeshauptmanns zu danken ist, hat die Provinz Hannover als erste einen neuen Weg in der sozialen Fürsorge betreten. Hier sollten Angehörige der bürgerlichen Stände, die in den Kämpfen des Lebens geschädigt waren, wieder berufstüchtig gemacht werden und so einer frühzeitigen Invalidität oder dem Verfall in Geistesstörung entgehen. Die soziale Bedeutung dieses Heilverfahrens richtig erkannt und mit seiner großen persönlichen Energie realisiert zu haben, wird ein unvergeßlicher Ruhmestitel Lichtenbergs bleiben.

Neben diesen sachlichen Verdiensten und über ihnen steht das Wesen des Verstorbenen als Mensch und Verwaltungschef. Unermüdliche Arbeitskraft, vorzügliche Menschenkenntnis, selbständige kritische Betrachtungsweise waren gepaart mit warmem, von Herzen kommenden Interesse an der Sache, Treue und Zuverlässigkeit ohne Falsch und vornehmer Gesinnung, die den persönlichen Verkehr mit ihm trotz seiner vorsichtigen Zurückhaltung so angenehm gestaltete. Diese persönlichen Eigenschaften machen den Verlust, den die Provinz erlitten hat, doppelt schmerzlich.

— **Ein Kurs über Familienforschung und Vererbungslehre** wird in Gießen vom 3. bis 6. August 1908 auf Anregung von Prof. Sommer abgehalten.

Es soll dabei die angeborene Anlage und ihre Bedeutung für das Gebiet der Psychologie, der Medizin im allgemeinen und der Psychiatrie im besonderen, ferner der Pädagogik mit Berücksichtigung des angeborenen Schwachsinnes, sowie der Kriminalpsychologie dargestellt werden.

Der Kurs ist daher in erster Linie für Ärzte, speziell Irrenärzte, Lehrer, besonders von Hilfsschulen und Idiotenanstalten, Juristen, die mit dem Strafverfahren zu tun haben, und Geistliche bestimmt, sodann für alle sonstigen Gebildeten, welche die Bedeutung der angeborenen Anlage, der Abstammung und Familie erkannt haben.

Das Studium der angeborenen Anlage führt zur Familienforschung. Bei dieser müssen einerseits die Genealogie, andererseits die naturwissenschaftlichen Erfahrungen im Gebiet der körperlichen Medizin, der Entwickelungsgeschichte, sowie der Botanik und Zoologie berücksichtigt werden.

Es werden vortragen:

1. und 2. Prof. Dr. Sommer und Prof. Dr. Dannemann in Gießen: Die angeborene Anlage im Gebiet der Psychologie, Psychiatrie, Pädagogik (in bezug auf den angeborenen Schwachsinn) und Kriminalpsychologie.
3. Dr. Kekule von Stradonitz, Groß-Lichterfelde bei Berlin: Grundbegriffe und Methoden der Genealogie.
4. Dr. Strahl, Professor der Anatomie in Gießen: Die Keimzellen und ihre Entwicklung.
5. Dr. Hansen, Professor der Botanik in Gießen: Über Variation, Vererbung und Artenbildung bei den Pflanzen.
6. Dr. Martin, Professor der Veterinäranatomie in Gießen: Die Entwicklung und Züchtung von Tierarten.

Vorläufige Anmeldungen ohne bindende Verpflichtung können an Prof. Dr. Dannemann, Gießen, Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, gerichtet werden.

Zur Deckung der Kosten, Vortragshonorare usw. wird eine Gebühr von 20 M. erhoben.

Referate.

— H. Pudor (Dr. Lehien), Bisexualität. Pudors Verlag, Berlin-Steglitz 1906. 1,10 M.

Das 56 Seiten umfassende Heft soll die erste Nummer einer Serie sein, die sich betitelt: „Das Geschlecht. Weckruf von Geschlecht zu Geschlecht.“ Sein Untertitel ist „Untersuchungen über die allgemeine Doppelgeschlechtlichkeit der Menschen.“ In einem einleitenden Kapitel weist Verf. nach, daß ihm die Priorität dieser Entdeckung gegenüber Fließ gebühre. Dann folgen fünf Aufsätze. Der erste handelt von „männlichem und weiblichem Empfinden in der Kunst“. Das Wesen des Künstlers wurzle in seiner homosexuellen Doppelnatur; das ganze Kunststudium vertiefe sich in ungeahnter Weise, wenn man die Sexualprobleme dabei anwende; in seiner geschichtlichen Entwicklung repräsentiere nämlich ein Volk

künstlerisch zuerst das Urnindentum, dann das Mannestum, dann das Urningtum, zuletzt erst das Frauentum; so erkläre sich z. B. in Hellas der dorische, der jonische und der korinthische Stil; Rokoko sei urnindenhaft, Barock dagegen ausgesprochen urninghaft. Beethoven und Tschaikowsky werden als die beiden Urninge der Musik bezeichnet. Der nächste Aufsatz handelt „Von den Perioden der Fruchtbarkeit und der Keuschheit"; nur mit Hilfe der Keuschheit könne man das Größte vollbringen; er, der Verf., spreche der periodischen Keuschheit für die Vielen, der immerwährenden für die Wenigen das Wort. Erst in dem dritten Aufsatze „Bisexualität" bespricht Verfasser die eigentliche Entdeckung; alle Menschen ohne Ausnahme seien bisexuell veranlagt; infolge dieser Anlage gebe es in jedes Menschen Leben Zeiten, in denen er sich zum gleichen Geschlecht hingezogen fühle (bisexuelle Homosexualität); Homosexualität im strengen Sinn des Wortes könne es überhaupt nicht geben. In „Pseudohermaphroditismus" beklagt Verf, daß man die Geschlechter überall etiquettiere und trenne; „hie Kühe, dort Ochsen (!)". Im letzten Artikel „Chemotaxis und Sexualtrieb" bezeichnet er die geschlechtliche Frage als „eine eminent chemische Frage". Am Schluß wird folgendes physiologische Grundgesetz aufgestellt:

„Das Spiralband, das in der Phylogenesis die Ontogenesis zusammengerollt zeigt, wickelt sich im physiologischen Bios des Menschen wieder auseinander. So lösen sich die Probleme der Bisexualität, des Hermaphroditismus, der Asexualität und der Homosexualität." Probst - Eglfing.

— J. P. Karplus, Zur Kenntnis der Variabilität und Vererbung am Zentralnervensystem des Menschen und einiger Säugetiere. Leipzig und Wien. Franz Deuticke 1907. (Mit 57 Abbildungen im Text und sechs Tafeln in Lichtdruck.)

Die Tatsache der Vererbung und der Gleichseitigkeit der Übertragung der menschlichen Großhirnfurchen, die Verf. schon in einer früheren Arbeit bewies, wird durch neues Material bestätigt und noch durch die Untersuchung von Tierfamilien (Affen, Hunde, Katzen, Ziegen) erläutert. Während sich bei den Menschen eine Vererbung sowohl des ganzen Habitus wie auch einzelner Varietäten regelmäßig zeigte, konnte bei vier Macacusfamilien eine Übereinstimmung zwischen Mutter und Kind nur bei einer einzigen auffallenden Varietät festgestellt werden; hingegen ist bei dieser Affenart die frappante Übereinstimmung der Hemisphären desselben Gehirnes hervorzuheben. Bei Hund und Katze zeigten sich neben großer Übereinstimmung der Hemisphären desselben Gehirnes doch unverkennbare Familienähnlichkeiten, was sich daraus erklärt, daß Hund und Katze Gipfelformen ihrer Reihe sind im Gegensatz zum Macacus; die voneinander abweichenden Furchenvarietäten der Hemisphären eines hoch differenzierten Gehirns zeigen also in weit höherem Grade die Neigung zu hereditärer Übertragung als die auf beiden Seiten übereinstimmenden Varietäten eines weniger hoch differenzierten Gehirns.

Bemerkenswert ist, daß auch im Rückenmark und Hirnstamm sehr stark variierende, phylogenetisch jüngere Teile (Pyramidenbahn) weniger deutliche Familienähnlichkeiten aufweisen als weniger stark variierende, phylogenetisch viel ältere Teile (Hypoglossuskern).

Am Schluß des Buches verweist Verfasser auf die wichtigen Fragen, die durch die Bearbeitung dieses noch fast brach liegenden Gebietes Antwort finden könnten, besonders wenn man das Studium der Furchen mit einer genauen Untersuchung der Zellen und Markfasern der Hirnrinde verbände, und spricht die Hoffnung aus, daß seine Arbeit ein Anstoß sein möchte zu einem Zusammenarbeiten mehrerer Forscher, da die Größe des Materials die Leistungsfähigkeit des Einzelnen übersteige. Probst-Eglfing.

— Prof. Clouston, Die Gesundheitspflege des Geistes. Aus dem Englischen übersetzt von Dr. Dietze. mit Vorwort und Anmerkungen von Professor Aug. Forel. München, Reinhardt 1908. 319 S.

Das aus der Praxis heraus für das Leben geschriebene Buch vermeidet glücklich den trockenen lehrhaften Ton und ist nicht nur leicht verständlich, sondern geradezu anziehend geschrieben. Mit Recht lobt Forel in der Vorrede die fein beobachtete und eingehend wiedergegebene Psychologie der verschiedenen menschlichen Lebensabschnitte. In den Fußnoten hat Forel zahlreiche wertvolle Erfahrungen und Überlegungen hinzugefügt. Das Kapitel XVII: Alkohol und narkotische Genußmittel ist von ihm vollständig neu geschrieben. An Schriften über Hygiene des Geistes herrscht bei uns kein Mangel. sie werden nur noch von Erziehern und Lehrern zu wenig gelesen. Möge die neue vorzügliche Darstellung des wichtigen Gebiets die Beachtung finden, welche sie in hohem Grade verdient. Mercklin.

— Hans Laehr, Die Anstalten für Psychisch-Kranke in Deutschland, Deutsch-Österreich, der Schweiz und den baltischen Ländern. 6. Auflage, Berlin, Reimer 1907. 281 S.

Die neue Auflage des altbewährten, unentbehrlichen Nachschlagebuches hat längst den Weg in unsere Anstaltsbibliotheken gefunden, wenn diese Zeilen erscheinen. Die sorgfältige Vervollständigung des Verzeichnisses der Anstalten und die mühevolle, umsichtige Bearbeitung des statistischen Teils sichern dem Herausgeber den Dank seiner Fachgenossen. Mercklin.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 11. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh Med.-Rat, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien). Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Rittl**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Wien. Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der Provinzial-Irrenanstalt bei **Schleswig** ist die Stelle des

zweiten Assistenzarztes

zu besetzen. Gehalt 2500 M. und freie Station. Neue Regelung der Gehalts- und Avancements-Verhältnisse noch in diesem Jahre beabsichtigt. Bewerbungsgesuche mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion zu richten.

An der Provinzial-Irren- und Idioten-anstalt zu **Kosten** — Bezirk Posen — ist sofort eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen.

Anfangsremuneration 2000 M. steigend alle Jahre um 100 M. bis 2500 M. jährlich neben freier Station I. Klasse (Wohnung, Kost I. Kl, Beheizung, Beleuchtung und Wäsche).

Nach einer fünfjährigen einwandfreien Dienstzeit in der Provinzialverwaltung Posen erfolgt in der Regel Anstellung als Anstaltsarzt auf Lebenszeit mit Pensionsberechtigung.

Psychiatrische Vorbildung nicht erforderlich. (Gelegenheit zu wissenschaftlichen Arbeiten vorhanden.)

Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind zu richten an die Anstaltsdirektion.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 11. 6. Juni **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zur Unterbringungsfrage der geisteskranken Verbrecher usw.

Von Medizinalrat Dr. *P. Näcke* in Hubertusburg.

Geller hat kürzlich in der Monatsschrift für Kriminalpsychologie usw. (1908, p. 14ss.) einen Aufsatz, betitelt: „Aus dem Bewahrungshause in Düren" geschrieben, darin betont er (p. 24) vor allem: „es gibt keine einheitliche Lösung, die für alle Fälle paßt", eine Wahrheit, die ich schon vor vielen Jahren aussprach — und das mit anderen Autoren — und seitdem immer wiederholte, da gewisse Sachen immer von neuem dem Gedächtnisse eingeprägt werden müssen, um endlich haften zu bleiben.

Geller sagt aber weiter: „Nur die eine prinzipielle Forderung muß gestellt werden: Geisteskranke sollen nicht in der Strafanstalt bleiben und auch nicht in einem Adnex der Strafanstalt. Die Irrenanstalten müssen ihre Versorgung übernehmen, denn nur hier kann eine Behandlung nach rein ärztlichen Grundsätzen erfolgen. . ."

Nun habe ich in vielen Publikationen über diese Angelegenheit für die, zunächst theoretisch, beste Lösung mich dahin ausgesprochen, daß ein Adnex an der Strafanstalt cet. par. vielleicht das beste sei, und zwar an einer Strafanstalt, um den Zu- und Abfluß der Kranken daraus zu erleichtern, gewisse wirtschaftliche Verbilligung zu erzielen und noch aus anderen Gründen. Aber ich sprach mich zugleich gegen die kleinen Adnexe aus, wie sie in Preußen üblich sind, da hier eine Trennung nach Kategorien usw. schwer durchführbar ist. Ein solcher Adnex sollte vielmehr eine größere Zahl von Kranken aufnehmen und zwar auf unbestimmte Zeit und zugleich auch die gefährlichen Irren, die in der Irrenanstalt schaden, sowie endlich die gefährlichen Minderwertigen, solange für sie keine „Zwischenanstalten" existieren. Also etwa ein Adnex für 100 bis 150 Personen, mit nötiger Arbeitsgelegenheit und selbstverständlich unter irrenärztlicher Leitung. Das wäre dann beinahe eine kleine Zentralanstalt, die aber lange nicht die Nachteile einer großen hat, wie ich sie oft beschrieben habe und Geller sie von neuem mit Recht sehr energisch betont.

Aber auch jetzt schon stehen die meisten Adnexe an Strafanstalten unter der Leitung eines Irrenarztes, sind also de facto eine kleine Irrenanstalt, mit dem nötigen modernen, irrenärztlichen Apparat. Hier sind die Kranken also ebenso gut aufgehoben und werden sachgemäß behandelt, wie in einem Adnex an der Irrenanstalt. Jene Art von Unterbringung hat aber noch gewisse Vorteile, die ich hier nicht wiederholen will. Insofern also hat der Adnex an der Irrenanstalt keinen besonderen Vorzug. Daß es dort aber unter Umständen gut gehen kann, sehen wir an Düren und anderen Orten. Anfangs ging es aber in Düren und anderwärts eben nicht so gut, und es zeigte sich nun wieder, daß es bei allen solchen Einrichtungen auf die Person des Leiters, das Material, die gewonnene Erfahrung usw. sehr ankommt. Dies wird natürlich um so leichter gehen, wenn ein so ausgiebiges Pflegepersonal wie in Düren (18 Pfleger und zwei Stationspfleger auf 48 Kranke) zur Verfügung steht. Trotzdem ließ sich in Düren die Isolierung nicht ganz vermeiden, und zwei besonders gefährliche Kranke mußten dauernd abgesondert werden. Man sieht also, daß auch bei der sachgemäßesten Behandlung doch unter Umständen so etwas einmal nötig wird und es ist eitel Renommage, wenn jemand behaupten wollte: Ich werde nie die Zelle gebrauchen! Das Material wechselt mit der Zeit, wie jeder erfahrene Irrenarzt weiß, und auch in der besteingerichteten Irrenanstalt können einmal Fälle vorkommen oder Umstände eintreten, die einen doch, trotz allen Sträubens, zur Iso-

lierung zwingen. Man hängt ferner sehr von der Qualität und Quantität des Pflegepersonals ab. Was man mit gutem wagen kann, ist bei schlechtem nicht gut angängig; bei vielen Pflegern ist mehr zu erreichen als bei wenigen usw. Wenn also ein Eiferer — und solche gibt es auch unter den Psychiatern — sagt: ich habe nie zu isolieren brauchen, so könnte es doch einmal noch in der elften Stunde nötig werden, am ehesten freilich bei solchen Kranken, wie sie in den Adnexen sich befinden. Es liegt andererseits darin eine gewisse Überhebung anderen gegenüber, die nicht in der glücklichen Lage waren, stets ohne Zwang auszukommen. Es gibt eben überall Ausnahmen, die man nicht ignorieren darf! Diese aber auf ein Minimum zu reduzieren, das soll natürlich das Bestreben eines jeden redlichen und humanen Menschen sein.

Die epileptischen Bewusstseinsstörungen in forensischer Beziehung.

Von Dr. *Ödön Németh*, Königl. Gerichtspsychiater in Budapest.

(Fortsetzung.)

Meine nachstehende Beobachtung beleuchtet auf originelle Weise die eigentümliche Art des Auftretens der epileptischen Bewußtlosigkeit. Der 36 jährige Provinzkutscher, der wegen Raub und Diebstahl rechtskräftig auf mehrere Jahre Zuchthaus verurteilt ist, leidet schon seit seiner Jünglingszeit an Epilepsie. Eine erbliche Belastung ist an ihm nicht nachweisbar. Sein motorischer Anfall bleibt oft jahrelang aus, aber das psychische Äquivalent tritt jährlich zwei- bis dreimal auf, öfter jedoch nach heftigeren Gemütsinsulten und besonders oft in depressiver Stimmung. In anfallfreier Zeit sind bei ihm die psychischen Stigmata der Epilepsie nicht wahrnehmbar, er ist ruhig, höflich, genügend intelligent, seine Kenntnisse überragen die Schulbildung, er spricht und schreibt vier Sprachen, seine Stimmung entspricht den Umständen und Verhältnissen, er perzipiert und assoziiert gut und erscheint über Aufenthaltsort, Zeit, über seine Umstände und Verhältnisse wohl unterrichtet. Eines Nachts erblaßt er plötzlich ohne Prodromalsymptome und uriniert neben sein Bett. Nach einer unruhigen Nacht erhebt er sich morgens in verwirrtem Zustande, räumte einige Gegenstände zwecklos hin und her, sprach niemanden an und antwortete auf an ihn gestellte Fragen erst, wenn man drastische Mittel anwandte, z. B. ihm auf die Schulter klopfte. Jetzt erst erzitterte er, blickte starr und erschreckt den Fragesteller an und gab eine kurze, rauhe, aber meist treffende Antwort. Er sang obszöne Lieder mit richtigem Text und Betonung, gebrauchte schreiend triviale Ausdrücke, lachte auf, betete inzwischen, schlug das Kreuz, lief fortwährend auf und ab und gestikulierte heftig. Bald blieb er auf einem Flecke stehen, und ohne auf die Eindrücke der Außenwelt zu achten, brummte er wie folgt vor sich hin: „Ins Panorama wollt Ihr gehen? Dort gibts ja nichts zu sehen, Maria, Rudolf und andre (spuckt wütend zum Fenster hinaus), Spanga, Piti und ähnliche. Sie gingen eine Bootfahrt zu machen, der Kahn kippte um und dann sprangen sie gleich verrückten Teufeln umher, und dann soll der gute Teufel herausfinden, wie eines zum andern gehörte. H—n Sie Ihre Mutter, wenn Sie sie auf solche Weise braten können! — Das gehört nicht dazu, Freundchen! Gebt mir Braten — verdammter Stern meines Vaters! Gebt mir Wein, alles trinke ich, ich trinke, solange die Welt als Welt besteht, solange noch am Himmel ein einziger glänzender Stern sich zeigt! Ich blicke umher — wenn ich etwas Verwendbares sehen werde, kaufe ichs, wenn nicht, gehe ich weiter, denn ich muß ja noch den Markt in Szászrégen besuchen! Nun gut, es ist ja natürlich, daß es so sein wird. Ihr werdet ins Kaffeehaus hinaufkommen und wir werden uns treffen. (Er gestikuliert erregt und spuckt wiederholt aus.) Dort gibt es so viele der verrückten Teufeln. Wir nehmen einen Wagen und gehen mit ihm hinauf. Kennst Du den Breuer Toni? Mit ihm müßt Ihr beide nach Fogaras reisen, aber seid vorsichtig beim Einkauf, damit das Pferd gut und rein sei, zahlet lieber einen höheren Preis (lacht laut auf). Zum Teufel mit deinem spitzen Csákó, Trikulics, ich h—e deine Augen aus und auch die des Josef Gál. Ihr beide seid dorthin gegangen. Ich gehe schon zu Bette, denn morgen muß ich früh aufstehen. Wir müssen fort nach Fogaras. (Er pfeift: „Warum gibts auch Liebe auf der Welt".) Sie kommen von allen Seiten, die Zeit ist da, es beginnt die Lieferung, man bringt schon viel Vieh, nur der Teufel hat so viel gesehen! Nur die vierjährigen treibet zu-

sammen, wir liefern sie an Bruder Stern nach Budapest oder Debreczen. — Es kommen und gehen schon die Verrückten. Fangt sie, bis ich den Bauern dort gesprochen habe, vielleicht wird er sich mit zwei Paar begnügen. Gib mir Safalatwürste, Krenwürste! Ich h—e den Stern Deiner Mutter! Beschmiert Euch nicht mit Kampherspiritus. Ihr Verrückten! Der schadet ja den Augen! Du aber fürchte Dich nicht zu pfeifen, zu singen und zu tanzen nach Herzenslust. Bist Du ein Herr? Bei der F.. deiner Mutter! Bist Du ein Herr? Zünde Dir eine Zigarre an, wenn Du ein Herr bist! Und kaue keinen Tabak (lacht bitter). Man muß Euch schön im Stiche lassen, muß nicht mit Euch verkehren, meine Mutter erlaubt es, sag nur meiner Mutter, sie möge ein Hemd, Unterhose und sechs Taschentücher in meinen Koffer legen, denn ich muß abreisen. Die Zeit der Revolution wird schon kommen, die Militärmusik wird spielen. (Er wiederholt dies öfter auf slovakisch und rumänisch, sich an seine Genossen wendend:) Ich bin Soldat bis an mein Ende! Du —! Ich h—e Deine Mutter! (Er singt wieder: „Falsch sind alle blonde Mädchen!") Es gibt genug Kartoffel und Paradies — auch eine Rosmarin-Ernte wird es geben!" Er variiert ohne Unterbrechung die hier angeführten Redensarten und insultiert auch seine Leidensgefährten mehrmals tätlich. Sein Orientierungsvermögen ist vollständig geschwunden, dämmernd. Seine Semmel wirft er in die Frühstücksmilch und wäscht sich in der Suppe. Der sonst höfliche und ordnungsliebende Kranke empfängt mich bei der Visite sitzend, den Hut auf dem Kopfe, lacht höhnisch auf und flucht. Als ich mich neben ihm niederlasse, erzittert er, bietet mir aber dann einen Platz an. Wiederholt energisch aufgefordert dazu, unterbricht er von Zeit zu Zeit das Singen, Fluchen und die obigen Redensarten, antwortet auf die Fragen, nennt seinen Namen, sein Alter, das laufende Jahr, den Monat und Tag, die Zeit seiner Aufnahme, benennt die Ärzte und nach einigem Nachdenken auch die ihn umgebenden Leidensgenossen, gibt im großen und ganzen auf allgemeine Fragen genügend treffende Antworten, beginnt aber dabei seine verwirrten Reden wieder aufzunehmen und zeigt abermals die auffallend gewesene Starrheit seiner Pupillen, deren starke Myose ebenso wie der Mangel des Patellarsehnen-Reflexes, weiter der verwirrte Blick, das unschlüssige Benehmen, das zeitweise grundlose Auflachen, das konfidente Benehmen, das rücksichtslose Betragen, das Dämmerhafte seines Bewußtseins, das Stottern und die gänzliche Unfähigkeit, seine Lage und Verhältnisse richtig zu beurteilen. Sein Anfall dauerte 36 Stunden ohne Unterbrechung, ließ plötzlich nach und endete unter bitterlichem Weinen. Nach der Aufhellung des Bewußtseins hatte der Kranke Kenntnis davon, daß er einen Anfall erlitten, doch zeigte er vollkommene Amnesie bezüglich der um ihn und mit ihm geschehenen, durch 36 Stunden währenden Ereignisse, seines Benehmens, seiner Äußerungen und Handlungen. Übrigens pflegten sich seine psychischen Anfälle auf besondere typische Art zu wiederholen und 24 bis 48 Stunden, seltener 1 bis 2 Stunden zu dauern. Meistens benimmt er sich während der Anfälle ruhig, wird aber zeitweise, besonders wenn ihn seine Leidensgefährten reizen, leicht aggressiv.

Der Fall ist vom gerichtsärztlichen Standpunkte deshalb interessant, weil zwar die in einem konkreten Falle den Grad der Bewußtlosigkeit erreichende Bewußtseinsstörung offenkundig ist, die laienhaften Zeugen aber aus dem Grunde, weil der Kranke auch passende Antworten erteilte, nicht geneigt sind, den Zustand als den der Bewußtlosigkeit zu betrachten. So kann es leicht geschehen, daß die von einem derartigen Patienten begangene Beleidigung, Verleumdung, Majestätsbeleidigung und noch andere schwerere Verbrechen gerade auf Grund der Zeugenaussagen den Gegenstand diffamierender Beurteilung bilden können, da die vom Kranken vorgebrachte Gedächtnisschwäche durch Leute, die davon nichts verstehen, als Simulation betrachtet wird, und da andererseits der Richter im Sinne der landesüblichen Gesetze die Untersuchung des Geisteszustandes des Angeklagten nur dann anordnet, wenn er „Verdachtsmomente" erblickt, die darauf hindeuten, daß der Angeklagte an einer seine Zurechnungsfähigkeit ausschließenden oder behindernden Geistesstörung oder gar an Bewußtlosigkeit leide. Da nun, wie wir oben gesehen haben, ein solches epileptisches Individuum im anfallfreien Zeitraum wahrhaftig nicht immer als abnormales Wesen erscheint, so wird denn auch aus diesem Grunde in den meisten Fällen die Beobachtung gar nicht angeordnet. Die an Bewußtlosigkeits-Anfällen leidenden Epileptischen begehen erfahrungsgemäß oft Verbrechen gegen die Sittlichkeit, sind pervers und schamlos. Ein Kranker Voisins wurde bei einem Diner nach einem lauten Aufschrei plötzlich ganz starr, erhob sich dann, entblößte sich, onanierte und urinierte danach. Im Falle Tarnowskys trat der Bräutigam im Festsaale vor seine Braut hin, knöpfte sein Beinkleid auf und onanierte. In den Fällen Garniers und Simons entblößte ein epileptisches Weib ihre Brüste, und im zweiten Falle hob die Kranke ihre Röcke auf und machte laszive Bewegungen. Die Perversitäten, die Homosexualität treten gleichfalls oft bei

Epileptikern auf, und wird — meiner Erfahrung gemäß — in Gefängnissen und Irrenanstalten die Päderastie meist durch epileptische Individuen geübt.

Zu solchen Zeiten zeigen die an epileptischen Schwindelanfällen, an Bewußtlosigkeit oder Dämmerzuständen Leidenden eine eigentümliche Neigung zum ziellosen Umherwandern, Laufen und zwecklosen Hin- und Herreisen (Poriomanie, Donath), wobei es aber nicht ausgeschlossen ist, ja öfter vorkommt, daß die Kranken auch andere, verbotene Handlungen verüben. Im Falle Moravcsiks — den zu beobachten ich selbst Gelegenheit hatte — ist ein 22 jähriger, geschulter Jüngling, der erblich schwer belastet war, zahlreiche Zeichen der körperlichen und geistigen Degeneration zeigte und seit seiner Kindheit an epileptischen Schwindelanfällen gelitten hat, im Dämmerzustande vom Militär entflohen. Er besuchte hierauf seine Tante, fühlte sich dort unwohl, mußte zu Bett gehen, bestahl sie aber gleichzeitig, reiste noch am selben Tage nach Fiume, von wo aus er seinen Weg zu Fuß fortsetzte und, noch immer die Uniform tragend, fortwährend nach dem Schlosse Seiner Majestät sich erkundigte und behauptete, daß er der Thronfolger sei, den man vergiften wolle. Selbstverständlich wurde er seines auffallenden Benehmens halber als Deserteur bald ergriffen. Im Garnisonsspitale erlangte er wieder das Bewußtsein und wunderte sich, wieso er dorthin geraten war. Derselbe Kranke schwang sich nach einem Streite mit seiner Mutter ohne jeden Grund auf einen Wagen, und nachdem er den Kutscher in ein im Baue begriffenes Haus geschickt, setzte er sich selbst auf den Sitz, fuhr aus der Hauptstadt hinaus, ließ aber den Wagen auf der Landstraße, das Pferd dagegen in einem Gasthause stehen, nachdem er auch noch das Pferdegeschirr zerschnitten hatte. Nach fünftägiger zielloser Wanderung kehrte er in seine Wohnung zurück, erinnerte sich aber keineswegs mehr an die während seiner Abwesenheit vorgefallenen und durch ihn selbst herbeigeführten Begebenheiten. Velde, Burgl u. a. beschreiben gleichfalls längere Reisen, welche Epileptische im Dämmerzustand ausgeführt hatten.

In den Rahmen der epileptischen Bewußtlosigkeit gehören auch noch jene eigentümlichen Gedächtnisstörungen, an welche anschließend einzelne Erscheinungen der Außenwelt dem Kranken derart auftreten, als ob er über dieselben schon vorher auf andern Wegen Kenntnis erhalten hätte, die Kranken tragen im traumhaften Zustande erfahrene Impressionen, Delirien in den gesunden Zustand hinüber. „Alles erscheint dem Kranken bekannt, wie schon erlebt, wie gelesen." (E. Schultze.) Diese Erscheinung ist vom Standpunkte der forensischen Psychiatrie deshalb von großer Wichtigkeit, weil es bei solchen Fällen vorkommen kann, daß der Epileptische, ohne es zu wissen oder zu wollen, eine falsche Zeugenaussage abgibt, also sich des Meineides schuldig macht, der Epileptiker klagt sich dann selbst dieses schweren Verbrechens an und kann so infolge seiner Bewußtseinsveränderung unschuldig ins Gefängnis geraten. Da dieser letztere Fall, das ist die pathologische Selbstanklage von Epileptikern, seltener beobachtet werden kann, halte ich es für zweckmäßig, zwei Fälle detailliert wiederzugeben:

A. J., 40 Jahre alt, römisch-katholisch, ledig, in G. geboren, Schuhmachergeselle, dessen Vater noch lebt, dessen Mutter und vier Geschwister an ihm unbekannten Krankheiten gestorben sind, befindet sich wegen Mordtat in Untersuchungshaft. In seiner Familie sind — angeblich — Nerven- oder Geisteskrankheiten nicht vorgekommen. Er selbst war während seiner Kindheit oft krank und hörte von seiner Mutter, daß er, ein halbes Jahr alt, an „Fraisen" gelitten habe. Er hat auch an Blattern und Wechselfieber gelitten und hat oft Kopfschmerz und Schwindel gefühlt. Seiner Aussage nach bekam er vor acht bis zehn Jahren eine „Herzkrankheit", die aber sich selten bemerkbar gemacht hat. Vor dem Anfalle fühlt er ein allgemeines Unwohlsein, sein Herz preßt sich zusammen, dann stürzt er hin und verliert für einige Zeit das Bewußtsein. Von Zeugen seines Anfalles hörte er, daß er während derselben mit Händen und Füßen um sich schlage, und bemerkte er auch, daß nach dem Anfalle seine Zunge oft blutete. Syphilis hatte er nie und auch nie Kopfverletzungen erlitten. Bis zum zehnten Jahre wurde er im Elternhause erzogen, besuchte einen Winter hindurch die öffentliche Schule, wurde dann drei Jahre lang in einem Kloster unterrichtet und ist des Lesens und Schreibens kundig geworden. Hierauf wurde er Schuhmacherlehrling und nach drei Jahren freigesprochen. Als Geselle arbeitete er an mehreren Orten und waren seine Meister mit ihm zufrieden. Unter den alkoholischen Getränken liebte er den Wein, genoß aber bloß an Sonntagen ein halbes Liter, vertrug jedoch kaum so viel, da er schon nach einem halben Liter sich berauscht fühlte. Er war von ruhiger Natur. Militärdienste hat er nicht geleistet.

Aus den Prozeßakten geht hervor, daß A. J. am 29. Dezember 18 . . nachmittags beim Gendarmerieposten in Cseklész freiwillig erschien und angab, daß er am 24. Dezember desselben Jahres 1/212 Uhr nachts, von der Budapester Kettenbrücke aus, einen ihm unbekannten Mann, der ihm den Koffer, in dem

sich seine Kleider, Werkzeuge und das Arbeitsbuch befanden, aus der Hand riß, mit samt dem Koffer über das Brückengeländer in die Donau geworfen habe. Diese Selbstanklage, die im Laufe der Untersuchung sich als grundlos erwies, wiederholte er vor den P—r und B—r Untersuchungsrichtern. Er gab an, daß er am Nachmittage des 24. Dezembers von Somorja nach Budapest gefahren und dort zwischen 11 und 12 Uhr nachts angekommen sei. Dort traf er in einem Wirtshause, welches er nicht mehr näher bezeichnen kann, mit einem Manne zusammen, den er damals zum erstenmal gesprochen habe, und bot sich dieser an, ihn zu einem seiner Verwandten nach Buda zu begleiten. Auf der Kettenbrücke entriß ihm der bewußte Mann den Koffer und eilte vorwärts. Ein Wortstreit entspann sich, und da der Mann den Koffer krampfhaft festhielt, geriet er in Wut, erfaßte ihn plötzlich und warf ihn samt dem Koffer über das Geländer ins Wasser. Nun wanderte er die ganze Nacht hindurch ziellos umher, reiste morgens nach Pozsony zurück, irrte dann wieder umher, bis ihn Gewissensbisse zwangen, die Anzeige zu machen. Er beharrte auf seiner Selbstanklage auch dann, als man ihm entgegenhielt, daß der Pozsonyer Personenzug nachmittag 6 Uhr in Budapest anlange, und er auf diese Art zwischen 11 und 12 Uhr nachts keineswegs habe ankommen können. Am 7. März meldete der Gefängnisarzt, daß er an A. J. mit Zusammenstürzen, Bewußtlosigkeit, clonikotonischen Krämpfen verbundene epileptische Anfälle wahrgenommen, wobei derselbe sich auch in seine Zunge gebissen hatte, und daß A. J. fortwährend über Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Appetit- und Schlaflosigkeit klage. Nun wurde die Untersuchung des Geisteszustandes des Angeklagten angeordnet.

Bei der unmittelbaren Untersuchung bemerkten wir die nachstehenden Erscheinungen: Der Angeklagte ist ein 168 cm hoher, ungenügend entwickelter, schlecht genährter Mann, sein Haar ist braun, am Scheitel schütter. Sein Schädel unregelmäßig, hydrozephalisch-rhachitisch. Seine Stirnerhöhungen buchten sich stark nach außen und die Okzipitalgegend erscheint stufenförmig vertieft. Sein Schädelmaß ergibt folgendes: Länge 184 mm, Breite 167 mm, Höhe 131 mm, Umfang 565 mm. Seine Augen sitzen tief in den Höhlen und sind klein. Die Iris ist grünlichbraun, die rechte Pupille von unregelmäßiger Form, die linke ein wenig erweitert, beide reagieren nur träge. Die linke Gesichtshälfte ist mangelhaft entwickelt. Beide Ohren stehen ab, das linke ist kleiner, die Ohrläppchen angewachsen. Seine Nase ist groß, schief, die Nasenlöcher klaffend, das Gesicht blatternarbig. Die Unterlippe ist dick, die oberen äußeren Schneidezähne klein. Seine Zunge zeigt ein fibrilläres Zittern. Am Rande der Zunge, in der Nähe der Spitze zeigen sich weiße Narbenspuren. Der Kniereflex ist herabgesetzt. Mit geschlossenen Augen schwankt er nicht. Seine Wirbelsäule ist gekrümmt, die linke Körperhälfte im Vergleich zur rechten in der Entwicklung zurückgeblieben. Die rechtsseitigen Zervikal-Lymphdrüsen sind vereitert. Seine Vegetationsorgane zeigen keine Abweichungen. Seine Körperhaltung ist aufrecht, sein Gang sicher. Die vasomotorische Reflexerregbarkeit ist erhöht und ist eine lebhafte Dermographie an ihm wahrnehmbar. Auch die mechanische Reizbarkeit der Muskeln erscheint gehoben. Sein Gesichtsausdruck ist ernst, seine Stimmung gedrückt. Sein Bewußtsein in den ersten Wochen der Beobachtung Dämmerzuständen ähnlich. Die an ihn gerichteten Fragen faßt er schwer auf, beantwortet sie aber, seinen Kenntnissen entsprechend, prompt. Seine Ortsbegriffe sind richtig, Zeitbegriff unsicher. Seine Sprechweise zumeist kurz, ungeschlacht, oft aber spricht er umständlich und farblos. Seine Kenntnisse sind beschränkt, genügen aber für seine Beschäftigung. Er kann lesen und schreiben, weiß seine Zeit einzuteilen und kennt die Bestimmung der Steuer, der Sparkasse und des Militärs. Seine religiösen Begriffe sind genügend entwickelt. Sein ethisches Gefühl mangelhaft. Er weiß, daß Stehlen und Morden verboten und eine Sünde sei. Während der ersten Periode der Beobachtung klagte er oft über Kopfschmerz und Schwindel, und wurde sein Gesicht während dieser Zeit bleich, ja einmal wurde er sogar von einem durch Aura eingeleiteten typischen Krampfanfall überrascht und war hierauf betäubt und wie in Dämmerzustand versetzt. Während dieser Zeit bestand er fortwährend auf seiner Behauptung, daß er einen Mann in die Donau geworfen habe und erzählte die Details auf die gleiche Art wie vor dem Untersuchungsrichter, jedoch mit dem Unterschiede, daß er behauptete, am 25. Dezember morgens in Ujpest angelangt zu sein und am 25. nachts seine angebliche Tat verübt zu haben. Mehrere Male verlangte er die Abhaltung der Schlußverhandlung und seine Verurteilung, gleichzeitig mit Gleichmut bemerkend, daß man ihn ja ohnedies zum Tode verurteilen werde. Schon derzeit zeigte sich bei genauerer Beobachtung sein auf die fragliche Zeit bezügliches Erinnerungsvermögen als lückenhaft, mit einer ihm eigenen eigentümlichen Erdichtungsgabe (pseudologia phantastica) ausgestattet — womit es ihm möglich war, die Einzelheiten des angeblichen Verbrechens vorzutragen. Mit dem Brusttone der

Überzeugung erklärte er, daß eine schwere Sünde seine Seele belaste, und zeigte er sich fortwährend in gedrückter Stimmung. In den ersten Tagen des April überraschte ihn ein von vasomotorischen Störungen begleiteter Schwindel, nach dessen Vorübergang sein Denkvermögen schwerfällig wurde; er antwortete zögernd, kurz und mit einer gewissen Roheit und Ungehörigkeit auf an ihn gerichtete Fragen, war den ganzen Tag lang verdrießlich, beantwortete die Fragen der Wächter nicht, weigerte sich zu essen und brach vor dem Arzte in erregte Klagen aus, warum man ihn, trotzdem er nichts begangen habe, gefangen halte. Die Nacht darauf schlief er unruhig, am folgenden Tage jedoch erklärte er, daß er ein Gefühl habe, als ob er „geträumt" hätte, denn bisher glaubte er stets, daß er jemanden in die Donau geworfen habe, jetzt aber sei er darauf gekommen, daß dies unmöglich sei und gibt er seiner Verwunderung Ausdruck, daß er sich eines solch schweren Verbrechens angeklagt habe. Hierauf antwortete er auf entsprechende Fragen, daß er seine Dienststelle am Weihnachtstage aufgegeben habe, da er nach Neujahr heiraten wollte. Er sei von S. nach Pozsony gereist, damit er nach seiner Heimat zurückkehre. In Pozsony besuchte er ein Wirtshaus, wo er seinen Koffer abgebend, ein Glas Wein trank. Hier traf er mit seinem Bekannten O. J. zusammen, der seinen Vater beschimpfte, und fühlte er sich hierdurch sehr verbittert. Gegen Abend verließ er mit O. das Wirtshaus. Er erinnerte sich, daß er nach seinem Abschied von O. in einen Kaffeeschank gegangen sei, doch wisse er nicht mehr, was er dort getrunken oder gegessen, wann und wie er von dort fortkam, wohin er sich gewendet und wer in seiner Gesellschaft war, bloß daran erinnerte er sich, daß er sich morgens gegen acht Uhr am Stadthause gefangen in einer Zelle vorfand, doch wußte er nicht wann und weshalb man ihn dorthin gebracht hätte. Auch daran erinnere er sich, daß er die Polizeileute befragt habe, auf welche Weise er dorthin geraten sei, doch an deren Antwort erinnere er sich nicht mehr. Was hierauf geschah — daran erinnert er sich nur dunkel und lückenhaft. Er erzählt rhapsodisch, daß er am Weihnachtstage in Pozsony umhergeirrt sei, doch wisse er nicht, wo und bei wem er gewesen; er erinnere sich auch verschwommen, daß er nach S. und dann wieder nach Pozsony gereist sei, wo ihm T. J. Stellung gab, doch trat er dieselbe nicht an, weil er seinen Koffer nicht fand. Er weiß, daß er sich bei der Gendarmerie selbst stellte, doch kann er einen Grund hierfür nicht angeben und wundert sich selbst darüber. Er erinnert sich an die Details der Selbstanklage, ebenso auf sein Geständnis und bemerkt er auch diesbezüglich, daß durch Zeugen hätte bewiesen werden können, daß er zur fraglichen Zeit nicht in Budapest gewesen sei und man eigentlich auf diese Art leicht darauf hätte kommen können, daß er die Behörde irregeführt habe, erklärt aber gleichzeitig, daß er es unabsichtlich getan habe, denn er habe ja die Überzeugung gehabt, daß er ein Verbrechen begangen hätte. — Seine Urteilskraft erscheint beschränkt und ist er leicht zu beeinflussen.

In unserem Gutachten entwickelten wir, daß die beim Angeklagten wahrgenommenen somatischen und geistigen Symptome beweisen, daß er ein stark degeneriertes Individuum sei und an Epilepsie leide. Diese Symptome lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Der hydrozephalisch-rhachitische, unregelmäßig gebaute Schädel, Asymmetrie in der Entwicklung des Gesichtes, der Nase, des Auges, Ohres und der Zähne, die dicken Lippen, die Differenz und Unregelmäßigkeit der Pupillen und ihre träge Reaktion, das Zittern von Hand und Zunge, die Herabsetzung der Patellarreflexe, die erhöhte vasomotorische Reflexerregbarkeit, die Dermographie, die erhöhte mechanische Reizbarkeit der Muskeln, der ernste Gesichtsausdruck, die gedrückte Stimmung, die schwerfällige Perzeption, die geistige Beschränktheit, die Mangelhaftigkeit des ethischen Gefühles und der Urteilskraft, die Lückenhaftigkeit des Gedächtnisses, ferner die von vasomotorischen Störungen begleiteten Schwindelanfälle verbunden mit Dämmerzuständen und Trübung des Bewußtseins, Reizbarkeit des Nervensystems, Appetitlosigkeit, ebenso der beim angeführten Individuum wahrgenommene typische motorische Krampfanfall, begleitet von gänzlicher Aufhebung des Bewußtseins, und schließlich die am Rande der Zunge bemerkbaren Bißnarbenspuren.

Auf Grund dieser Wahrnehmungen machten wir den Gerichtshof auf nachstehendes aufmerksam: Der Angeklagte zeigte bei der Erzählung seines angeblichen Verbrechens die pseudologia phantastica, und daß im Laufe der Untersuchung kein einziger Umstand des Verbrechens zu beweisen möglich war, daß Epileptiker im traumhaften Zustande, der die Krampfanfälle ersetzt oder ihnen folgt, zielbewußt scheinende, aber im ganzen genommen grund- und ziellose, impulsive Handlungen begehen und die aus ihrer Bewußtseinstrübung hervorgegangenen Impressionen und Delirien bis zum Zeitpunkte der Klärung ihres Bewußtseins, unter gewissen Umständen auch noch darüber hinaus, als wirklich erlebt betrachten können. Des ferneren machten wir den Gerichtshof aufmerk-

sam, daß der Angeklagte sich auf die Begebenheiten seit dem 24. Dezember bis zum Zeitpunkte, als er am anderen Morgen am Stadthause aufwachte, absolut nicht erinnern könne und daß sein Gedächtnis mit Bezug auf die folgenden Tage gleichfalls noch lückenhaft und teilweise mangelhaft, und daß auch in der eigentümlichen Offenbarung der Selbstanklage der pathologische Zug erkennbar sei, wenn wir sehen, wie der Angeklagte ohne jede äußere Ursache sich solch schweren Verbrechens beschuldige, wofür er selbst die Todesstrafe erwartet. Schließlich bemerkten wir, daß der Angeklagte nach der eingetretenen Klärung seines Bewußtseins sich bestrebte, die Ursache seiner Selbstbeschuldigung sich selbst zu erklären, nachdem deren Schwere ihn erschreckt hatte. Nach Erwägung sämtlicher Punkte kamen wir zur Konklusion, daß A. J. zur Zeit des angeblichen Verbrechens respektive zur Zeit seiner Selbstanklage sich in traumhaftem, das Bewußtsein stark trübenden Dämmerungszustande befunden habe und deshalb der Fähigkeit der freien Willensbestimmung entbehrte.

Auf Grund dieses Gutachtens wurde die Untersuchung gegen ihn eingestellt.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Jahresversammlung des Vereins bayrischer Psychiater** in Erlangen am 9. und 10. Juni 1908 im pathologisch-anatomischen Institut.

Tages-Ordnung.

1. Geschäftliches: Einlauf. Rechnungsablage. Bericht der Gebühren-Kommission. Stellungnahme zum Gehaltsregulativ. Wahlen.

2. Referat: Künftige Ausgestaltung der Irrenfürsorge in Bayern. Referenten: Rehm-München und Kolb-Kutzenberg.

3. Vorträge: 1. Reichardt-Würzburg: „Über umschriebene Defekte bei Idioten und Normalen.“ 2. Weygandt-Würzburg: „Organische und funktionelle Symptome nach Schädelverletzung.“ 3. Stauffer, Rechtspraktikant-München: „Gesetzmäßige Internierung Geisteskranker.“ 4. Würschmidt-Erlangen: „Der Wert der neueren Hypnotika für die psychiatr. Therapie.“ 5. Kräpelin-München: „Über die Entartungsfrage.“ 6. Specht-Erlangen: „Über die klinische Stellung der Paranoia.“ 7. Prof. Jamin-Erlangen: Thema vorbehalten. 8. Ritterhaus-Erlangen: „Über psychologische Tatbestandsdiagnostik.“ 9. Alzheimer-München: „Triebartige Handlungen bei jugendlichen Degenerierten.“ 10. Specht-München: „Zur Theorie der Ideenflucht.“ 11. Iserlin-München: „Über die Ausführung willkürlicher Bewegungen.“ 12. Weiler-München: „Untersuchungen des Patellarreflexes und seine Beziehungen zu den Pupillenreflexen.“ 13. Plaut-München: „Manisch-depressive Symptomenbilder bei Luetischen.“

Zeit-Programm.

Vorabend: 8. Juni 1908. Von 8 h. p. an gesellige Zusammenkunft im Hôtel Walfisch. Empfehlenswerte Hôtels: Walfisch, Schwan, Eisenbahn, Kaiserhof. (Es wird dringend ersucht, baldigst Wohnung vorauszubestellen. Auch stehen gute Privatlogis zur Verfügung.)

1. Tag: 9. Juni 1908. Sitzungen von 9 bis 12 h. a. im pathologisch-anatomischen Institut der Universität (Krankenhausstraße). 12 h. a. Frühstück (gemeinschaftlich) im Festsaale der Kreisirrenanstalt. 1 bis 3 ½ h. p. Fortsetzung der Sitzungen im pathologisch-anatomischen Institut. 5 h. p. Essen (gemeinschaftlich) im Hôtel Schwan. Kuvertpreis M. 4.50. Treffpunkt für Abend: Bei gutem Wetter in Birkners Keller. Bei schlechtem Wetter im Hôtel Walfisch.

2. Tag: 10. Juni 1908. Sitzungen von 9 h. a. bis 1 h. p. im pathologisch-anatomischen Institut. Mittagstisch nach Karte beliebig in obengenannten Hôtels. Nachmittag Ausflug (gemeinschaftlich) nach Pinzberg. Abgang der Züge und andere Fahrgelegenheiten werden besonders bekannt gegeben.

München-Erlangen, im Mai 1908.

Vorstand:

Dr. Vocke. Dr. Alzheimer.

Lokal-Komitee:

Dr. Würschmidt. Dr. Specht.

— **Ein Internationaler Kongress für Psychiatrie** sollte, wie geplant, 1909 in Berlin stattfinden. Der Umstand, daß 1909 der internationale medizinische Kongreß tagt (in Budapest), ferner die Nachteile, welche aus einer alljährlichen Wiederkehr der Psychiaterkongresse unabweislich erwachsen — das verträgt weder der Geldbeutel der Irrenärzte, noch sind die Fortschritte, die wir uns mitzuteilen haben, so rapide —, lassen die Wahl des Termins dieses Psychiaterkongresses als unzweckmäßig und eine andere Disposition nötig erscheinen. Es kommt hinzu, daß bei dem diesjährigen (III.) internationalen Kongreß für Irrenpflege in Wien (vom 7. bis 11. Oktober) seitens der reichsdeutschen Psychiater die Beteiligung eine so rege, die von ihnen gebotenen Vorträge so reichhaltig sein werden, wie es wesentlich anders bei einem Kongreß in Berlin kaum sein könnte, wenn daneben die Gäste mit ihren Vorträgen genügend zu Worte kommen sollen, und daß deshalb die nichtdeutschen Psychiater sicherlich der Einladung zu einem schon 1909 in Berlin tagenden

Kongreß nur in spärlicher Zahl folgen werden. In ähnlicher Lage befinden sich aber auch zahlreiche reichsdeutsche Kollegen, die bereits in diesem Jahre aus Anlaß der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Berlin geweilt haben. Es empfiehlt sich daher, den Plan eines internationalen Kongresses für Irrenpflege oder Psychiatrie (oder wie man ihn nun nennen mag) in Berlin für das Jahr 1909 ganz fallen zu lassen, und da eine zweijährige Wiederholung dieser Kongresse in der Tat reichlich genügt, diesen Kongreß auf 1910 oder 1911 zu verschieben. Mit ihm könnte dann die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, abgesehen von den vereinsgeschäftlichen Angelegenheiten, verbunden werden. Doch mag letzteres cura posterior bleiben. Jedenfalls liegt es klar auf der Hand, daß wir uns im Jahre des Internationalen medizinischen Kongresses für den Besuch sowohl von Deutschland als vom Auslande entschieden im Nachteil befinden werden. Andererseits steht zu hoffen, daß die deutsche Psychiatrie, deren hervorragende Leistungen im Auslande längst bekannt und voll anerkannt sind, bis 1910 oder 1911 so viele weitere Fortschritte gemacht hat, daß sie den Gästen auch wirklich Neues in reichstem Maße und in bester Vollendung bieten kann.

Dr. Bresler.

Referate.

— Lombroso, Neue Studien über Genialität. Deutsch von E. Jentsch. (Sonderabdruck aus „Schmidts Jahrbüchern", Bd. CCXCIII.)

Die „Nuovi studii sul genio" sind bereits 1902 erschienen und bilden die letzte Fortsetzung der Arbeiten Lombrosos über den Zusammenhang von Genie und Irrsinn resp. Entartung. Auch von dieser neueren Arbeit gilt, was Möbius seinerzeit über jenes Hauptwerk Lombrosos gesagt hat: „Das Buch ist das Ergebnis außerordentlichen Fleißes; aber wenn man über alle genialen Menschen urteilen will, und außerdem noch weite Gebiete beherrschen soll, so reicht seine Zeit zu einer gründlichen Kenntnis des Einzelnen nicht aus." Daher komme es, daß Lombrosos Darstellung von Schnitzern wimmele, und es sei zu bedauern, daß diese Fahrlässigkeit den Erfolg der im Kerne wahren Lehre auf das ernstlichste beeinträchtige. Die deutsche Übersetzung umfaßt 44 Seiten, wovon aber vier auf Vorwort und Einleitung entfallen; auf den übrigen 40 werden nicht weniger als 17 geniale Menschen besprochen.

Am ausführlichsten wird als erster Christoph Columbus behandelt; Lombroso faßt ihn als einen Fall von „religiöser halluzinatorischer Paranoia mit Größenideen" auf; ohne den paranoiden Zug mit seinen religiösen und Größen-Ideen, der schon in der Jugend bei Columbus vorhanden gewesen sei und der dann in Jamaika zum Krankheitsausbruch geführt habe, hätte dieser die entsetzlichen Leiden und Anstrengungen nie überwinden können, die jeden Gesunden gebrochen hätten; nur seine Psychose habe ihn befähigt zu solchen Leistungen; denn er habe kaum mehr als die durchschnittliche Geistesbildung seiner Zeit besessen. Als nächster folgt Swedenborg, „ein deutlicher Fall von Megalomanie mit religiösem halluzinatorischem Irresein", der erst im späteren Alter zum Ausbruch kam; dann Cardanus (Paranoia) und Petrarca (Epileptiker mit Äquivalenten); etwas eingehender wird Manzoni besprochen, den Lombroso als einen schwer Degenerierten mit epileptischen Zügen schildert (Stottern, Spaltung der Persönlichkeit, Angstanfälle, nervöse Schmerzen, Cephaläa, Absenzen, Schwindel- und Ohnmachtsanfälle, Amnesien, Misoneismus, Claustro- und Agoraphobie, morbose Religiosität, Willensschwäche). Schopenhauer wird als „intermittierende Melancholie" aufgefaßt. Über Goethe werden in aller Kürze einige Resultate der Möbiusschen Arbeit berichtet. Es folgen dann Pascal und Verlaine, deren Genie mit schwerster psychischer Degeneration verbunden ist; doch wird eine bestimmtere Diagnose bei beiden nicht gestellt. Bei Tolstoi ist das Genie mit epileptischen Zügen gepaart; es lassen sich bei ihm nachweisen: Zwangsideen, Paramnesien, deliriöse Zustände, wie sie oft im Gefolge des psychisch-epileptischen Anfalles auftreten, besonders vage Verfolgungsideen; auch über einen echten motorisch-epileptischen Anfall wird berichtet. Es folgen weiter Savonarola (epileptisches Genie) und Kambyses (epileptisches Genie mit ethischen Defekten). Wagner wird als psychopathische Persönlichkeit in einer halben Seite erledigt. Nach einigen Bemerkungen über die Familie Rousseaus bildet den Schluß eine kurze Besprechung der geistigen Störung Comtes und Leopardis; Comte zeigte periodisch Größen- und Verfolgungsideen, Halluzinationen, sowie gelegentlich kataleptische Zustände und intermittierend exazerbierende schwere nervöse Krisen; Leopardi offenbarte seine degenerative Anlage durch häufig auftretende Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen.

Probst-Eglfing.

Personalnachrichten.

— **Hamburg.** Zum Direktor der Irrenanstalt Friedrichsberg ist Prof. Wollenberg-Straßburg berufen worden.

— **Schleswig.** Dr. Kleiminger, früher I. Assist. der Prov.-Idiotenanstalt bei Schleswig, ist am 15. Mai unter Beförderung zum pensionsberechtigten Oberarzt an die Prov.-Idiotenanstalt hierselbst versetzt worden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. **Nr. 12. 1908.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 12. 13. Juni **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Aus der Universitätsfrauenklinik Zürich.

Beiträge zur Kenntnis der Hyperemesis gravidarum.

Von *E. Hermann Müller.*

Einleitung.

Die Generationsphase im Leben des menschlichen Weibes bietet, ganz abgesehen von den großen, gefürchteten Komplikationen, unter denen Eklampsie, Nephritis gravidarum, akute gelbe Leberatrophie besonders hervorgehoben werden mögen, eine Fülle interessanter, wenig erforschter Probleme. So ist z. B. das große Heer der Schwangerschafts-Beschwerden weit entfernt, in seiner Dignität und Herkunft bekannt zu sein. Man versuchte auch diese Fragen statistisch zu bearbeiten, aber ich möchte sagen, wie man hätte erwarten können, mit dem Resultat, daß diese Erscheinungen wirklich, sogar häufig vorkommen, daß man sie aber statistisch nicht fassen kann. Ohne weiter auf die Schwangerschafts-Beschwerden eingehen zu wollen, sei doch die Frage gestattet, ob man nicht einmal mit den Methoden der modernen Psychanalyse (Freud, Jung) versuchen sollte, in diesen Gebieten Klarheit zu schaffen, wo Mikroskop, Chemie und Physik uns im Stiche lassen. Es dürfte sich das um so eher rechtfertigen, als manche dieser Beschwerden wie die unstillbaren Diarrhöen, Ptyalismus, die Hyperemesis bei längerer Dauer sich zu für Mutter und Kind lebensgefährlichen Komplikationen entwickeln können. Unter dem Gesichtspunkte der neuern psychopathologischen Anschauungen, wie sie von Freud in Wien begründet, von Prof. Bleuler, Burghölzli-Zürich, und seinen Schülern weiter ausgebildet worden sind, sollen die in den Jahren 1889 bis 1907 in der Universitäts-Frauenklinik in Zürich beobachteten Fälle von Hyperemesis gravidarum betrachtet werden.

Casuistik.*)

Fall 1. Seidenfärberin, 39 J., von Ringweil. 29. I. 89 bis 3. II. 89. Anamnese. Stets schwächlich. Menses erstmals mit 22 Jahren, blieben oft aus, dauerten bis zu 8 Tagen, am ersten starke Krämpfe. Heirat mit 31 Jahren (1880), 4 Schwangerschaften, nur vorübergehend Erbrechen vom 3. Monat an. Die (1882, 1885, 1886) Schwangerschaften zum normalen Ende, Wochenbetten stets gut. Die 4. Schwangerschaft (1887) Frühgeburt, starker Blutverlust, langdauernde Rekonvaleszenz. Seit Oktober 1888 zum 5. Mal schwanger. Seit Anfang November häufiges Erbrechen, alle Speisen erbrochen; später regelloser Wechsel guter und schlechter Tage, an letzteren alles erbrochen. — Mit dem Erbrechen starker Speichelfluß bis heute. — In letzter Zeit heftige Magenkrämpfe; starke Empfindlichkeit der Magengegend. Haferschleim in geringer Menge noch am ehesten ertragen. Der Schlaf gestört; völlige Appetitlosigkeit, Obstipation, Entkräftung. Vom Arzt nach Versagen jeder Therapie zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt in die Klinik geschickt.

Status praesens. Stupid aussehende Person mit blasser Hautfarbe. Genitalien entsprechend dem IV. Monat, Uterus nicht druckempfindlich; viel rahmiger Fluor.

Verlauf und Therapie. Erbrach niemals in der Klinik, kein Magenweh mehr. Die Anstaltskost sehr gut vertragen. Appetit und Schlaf ordentlich, keinerlei Medikamente. Nach 6 Tagen als geheilt entlassen.

Fall 2. 32 J., Hausfrau, Hottingen. 1. X. 89 bis 19. X. 89. Anamnese. Stets gesund. Menses mit 13. Jahre; 1 Jahr lang regelmäßig, dann ebensolange Pause seit dem 15. Jahre regelmäßig alle 4 Wochen, nicht profus ohne Beschwerden. Heirat mit 29 Jahren (1886). Erste Schwangerschaft 1887, seit dem 2. Monat häufiges Erbrechen, Appetit stets sehr gut, keine Entkräftung; das Erbrechen gegen Ende der Gravidität weniger intensiv. Geburt zur normalen Zeit, Wochenbett normal. Letzte Periode 3. VI. 89. Nach 14 Tagen Erbrechen, zuerst nur morgens und abends, sofort völlige Appetitlosigkeit. Anfang Juli plötzliche Steigerung des Erbrechens, Ekel vor gewissen Speisen, besonders Fleisch, der Anblick von Nahrungsmitteln löst Erbrechen aus Rapider Kräfte-Verfall, heftige Schmerzen. Jede Therapie versagt; seit September Ernährung per Klysma. Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt mißlingt, deshalb Transferierung in die Klinik.

Status praesens. Stark abgemagert, hochgradig anämisch. Leidender Gesichtsausdruck. Von anderem Arzte rechts Spitzeninfiltration konstatiert, sonst keine Besonderheiten an den Lungen. Herz und Abdominalorgane normal. Genitalbefund entsprechend dem V. Monat; Uterus nicht empfindlich. Am Fundus und der vorderen Uteruswand je ein harter, unempfindlicher Tumor (Fibroid). Keine kindlichen Teile fühlbar, kindliche Herztöne nicht sicher hörbar, keine Kindesbewegungen.

Verlauf und Therapie. Wegen Erfolglosigkeit jeg-

*) Um Raum zu gewinnen, sind im Status jeweils nur die Abweichungen von der Norm angegeben; es wurde stets ein ausführlicher Status aufgenommen.

licher Therapie und des bedrohlichen Zustandes Einleitung des künstlichen Aborts. Ernährung per Klysma. In den ersten drei Tagen kein, in der Nacht vom 3. zum 4. X. und 4. zum 5. X. mehrfach Erbrechen. Geburt in vollkommener Fußlage am 6. X. Nachmittags komatös, erkennt den Mann nicht. Portweinklystier, abends Champagner per os ertragen; zeitweise Erbrechen. Seit dem 7. X. bessert sich Befinden und Appetit, vorsichtige Ernährung, erbricht am 8. X. abends einmal, seither nicht mehr.

Fall 3. 32 J., Aussersihl. 2. XII. 90 bis 9. XII. 90. Anamnese. Stets schwächlich. Oft Schwindel und Kopfschmerzen, was mit dem Auftreten der Menses (23. Jahr) aufhört. Erste Schwangerschaft 1883 ohne Besonderheiten, Geburt rechtzeitig; normal. Puerperium 7 Wochen; reichlicher, blutiger Ausfluß, zur Zeit der Menses zunehmend. Nach Jahresfrist die Menses regelmäßig infolge Kurettage; wegen heftiger Leib- und Kreuzschmerzen das Gehen oft unmöglich, später kurzes Rezidiv. Zweite Schwangerschaft seit Anfang September; von Anfang an heftiges Erbrechen, heftige Kreuzschmerzen, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit. Im Oktober traten Anfälle mit Bewußtlosigkeit von verschiedener Dauer und Intensität auf. Im ganzen 6 Anfälle 5 Minuten bis 1 Stunde dauernd. Die Anfälle fingen an mit starkem Erbrechen, allgemeinem Gefühl des Unwohlseins, Frieren und Schwindeln, Flimmern vor den Augen, heftigen Kopfschmerzen, dann bewußtloses zu-Boden-stürzen; nie Krämpfe oder Schaum vor dem Munde. Zwischen den Anfällen häufiges Erbrechen, keine Nahrung behalten, häufiges Herzklopfen. Am 2. XII. nachmittags 3 Anfälle, zwischen 2 bis 3 Uhr, 4 bis 5 Uhr und 6 bis 9 Uhr. Pat. ca. 24 Stunden vor Beginn des Anfalls wie auch während desselben heftige Kopfschmerzen. Niemals früher ähnliche Anfälle.

Status praesens. Kräftige aber anämische Frau. Zunge feucht belegt, keine Narben; Genitalien entsprechend dem III. bis IV. Monat. Prolaps der vordern Vaginalwand. Puls klein, leicht unterdrückbar, 76. Temp. 36,4. Tägliche Harnmenge 980 (bei der Entlassung 1100), Spuren von Eiweiß, kein Sediment. Es besteht Kopfschmerz und Schwindel.

Verlauf und Therapie. In der Klinik keine Anfälle, hie und da Schwindel und Kopfschmerzen. Sensorium stets völlig frei. Nach und zwischen den Mahlzeiten starkes Erbrechen. Am 6. X. Menthol: Rp. Menthol 1,0, Spirit. vin. 30,0, Aq. font. 170, M.D.S. stdl. 15 ccm. Nach zwei Tagen völliges Sistieren des Erbrechens, vollkommenes Wohlbefinden, Heilung.

Fall 4. Ledig, 23 J., Weberin, Winterthur. 12. II. 92 bis 26. II. 92. Anamnese. Mit 18 Jahren Erysipelas faciei, mit 22 Jahren Strumektomie, sonst stets gesund. Menses mit 17 Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen, seit der Operation unregelmäßig. Letzte Periode Anfang Nov. 1891. Seit Neujahr heftiges Erbrechen, erfolglos behandelt, alles erbrochen, Geschmack säuerlich, keine Schmerzen. Nahrung vorzugsweise lauwarme Milch und Fleischbrühe. Später stellte sich das Erbrechen nur nach dem Nachtessen ein. Schlaf gestört, Appetitlosigkeit, Obstipation. Schmerzen beim Urinieren, auch sonst stechende Schmerzen in abdomine.

Status praesens. Grazile, gesund aussehende Frau. Zunge feucht, wenig belegt. Gebiß unregelmäßig. Innere Organe intakt; rechte Abdominalseite druckempfindlich ohne objektiv nachweisbare Ursache. Genitalien entsprechend dem V. Monat. Am Muttermund kleine papilläre Erosion. Puls und Temp. nicht erhöht. Urin hell, wenig getrübt, kein Eiweiß.

Therapie. Vergl. Fall 4.

Verlauf. Erbrach in der Klinik 14. II., 16. II., 23. II. Schmerzen in abdomine, nichts Abnormes nachweisbar, seither Anstaltskost gut ertragen. Heilung.

Fall 5. 36 J., Hausfrau, Zürich V. 4. V. 96 bis 19. V. 96. Anamnese. Lange Zeit chlorotisch. Menses mit 15 Jahren, unregelmäßig, 8 bis 10 Tage dauernd, profus; Pat. jeweilen sehr schwach und müde, kann dann nur mit Mühe arbeiten. Pat. ist jetzt zum 5. Male schwanger; jedesmal starke Kopfschmerzen und häufiges Erbrechen bis ca. 1½ Monate vor der Geburt, wo es dann plötzlich aufhörte und völliges Wohlbefinden eintrat. Wochenbetten stets gut, niemals Kopfschmerz oder Brechreiz. Seit Februar 1896 ist Pat. wieder schwanger. Ende März Erbrechen; einige Stunden nach den Mahlzeiten Erbrechen gallig gefärbter Massen. Blutungen in die Vagina, Kräfteverfall und Appetitlosigkeit. Defäkation und Exurese ohne Besonderheiten. Vom Arzt mit Menthol, Eis, Bettruhe behandelt, zeitweise mit Erfolg. Zur Einleitung des künstlichen Aborts in die Klinik.

Status praesens. Kräftige, blasse Person, Schleimhäute ordentlich injiziert. Blick starr, mäßiger Exophthalmus; Gräfe'sches Symptom nicht deutlich, Tremor der Hände. Harte rechtsseitige Struma parenchymatosa von Enteneigröße. Brust- und Bauchorgane ohne abnormen Befund. Genitalien entsprechend dem IV. Monat. Am Muttermund glatte Erosionen, aus denselben hängt ein Schleimhautpolyp heraus, rechtes Ovarium druckempfindlich. Temp. und Puls normal. Defäkation und Exurese in Ordnung.

Therapie und Verlauf. Senfpapier auf die Magengegend; Menthol, Bettruhe; flüssige in Eis gekühlte Kost. Erbricht 6. V. nachts gallige Flüssigkeit, am 11. V., 15. V. die Milch. Vom 9. V. feste Kost, 16. V. Aufstehen. Heilung.

Fall 6. 26 J., Seidenwinderin, Gossau. 11. XI. 96 bis 16. XI. 96. Anamnese. Mutter und Schwester starben an Lungentuberkulose. Lernt wegen Rhachitis erst mit 3 Jahren gehen. Typhus, später Meningitis und Erysipelas faciei. Bis zum 18. Jahr Enuresis nocturna. In der ersten Schwangerschaft Brust- und Bauchfellentzündung. Menses mit 11½ Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen, schwach, Schmerzen im Unterleib und Kreuz, allgemeine Mattigkeit. 3 Monate nach dem ersten Auftreten der Menses Pause von 1½ Jahren. Zur gleichen Zeit ein Geschwür am linken Unterschenkel, das bei jeder Menstruation aufbrach. Bei der Peritonitis (10 Wochen zu Bett) war das Geschwür geschlossen. Seit der Peritonitis die Menses unregelmäßig in 4 Wochen bis 4 Monate langen Pausen. August 1893 erste Geburt (Heirat 1893) 2 Monate vor dem Termin. Kind asphyktisch, lebt, taubstumm. In der Schwangerschaft sehr viel Erbrechen, häufig Anfälle mit Bewußtseinsverlust, erkannte niemanden, biß sich selbst, zerriß die Kleider, raufte sich die Haare aus. (Derartige Anfälle traten erstmals mit 18 Jahren nach einem heftigen Schreck auf.) Wochenbett gut. Febr. und Okt. 1894 Abort im IV. resp. V. Monat, Ursachen unbekannt. Juli 1895 Geburt angeblich 3 Monate zu früh, Kind lebt, gesund. Weihnachten 1895 und Mai 1896 Abort im 5. resp. 3. Monat. Nach allen Geburten angeblich Unterleibsentzündung, blieb aber nur 2 bis 3 Tage im Bett. Seit dem letzten Abort gelbgrüner, stinkender Fluor, sehr stark bis vor 2 Wochen. Seit Juni 1896 wieder schwanger zum 7. Mal in 3 Jahren, stets Leibschmerzen, vor 8 Wochen Blutung, 2 bis 3 Tage dauernd, häufiges Erbrechen. Obstipation und Retentio urinae.

Status praesens. Gutes Aussehen. Druckempfindlichkeit der Unterbauchgegend ohne nachweisbare Ursache. Geni-

talien normal, dem IV. Monat entsprechend. Anästhetische Zonen und Gesichtsfeldeinschränkungen fehlen.

Therapie und Verlauf. Die Obstipation mit Aloepillen bekämpft, völlige Bettruhe, Anstaltskost. Fast plötzliches Verschwinden aller Symptome. Heilung.

Fall 7. 43 J., Hausfrau, Zürich III. Erste Aufnahme: 15. IX. 96 bis 25. IX. 96. Anamnese. Mit 12 Jahren Bleichsucht mit einem Magenleiden (Erbrechen). Mit 20 Jahren Pneumonie; gibt dann wegen Bleichsucht die Arbeit in der Spinnerei auf; als Magd nach Flums, dort zum 2. Male Pneumonie; vollständige Erholung auch von der Bleichsucht. Stets magenleidend seit dem 12. Jahr, zwischen 1890 bis 93 d. h. zwischen den zwei letzten Geburten schlimmer; $^1/_2$ Jahr im Asyl Wald erfolglos verpflegt, 1 Jahr Spital Winterthur wegen Magenerweiterung, Lungen- und Leberschwellung konstatiert, es wurde eine Jejunostomie, häufige Magenspülungen gemacht. Ungeheilt. 1893 nach Abort Gebärmutterentzündung, in Wald während 8 Wochen behandelt. In dieser Zeit Verschlimmerung des Magenleidens, gleichzeitig bestanden Unterleibsschmerzen und ein rötlich-gelber, stinkender Ausfluß. 1893 in der Frauenklinik kurettiert. Zu Hause (in Bauma) $^1/_2$ Jahr mit Opium und heißen Spülungen behandelt, die Blutungen sistierten; die Menses, die seit 1890 ausgeblieben waren, traten Ende 1893 wieder auf. Im Dez. 1895 Abortus; in der Klinik kurettiert, nach 3 Wochen entlassen, es blieb rötlicher Ausfluß bestehen, die Menses, die einige Zeit zessiert hatten, traten wieder auf. Menses mit 17 Jahren, anfangs regelmäßig alle 4 Wochen, 8 Tage dauernd, dann aber stets unregelmäßig, schmerzhaft. Stets Fluor. Von 1880 (damals 27 jährig) bis 1893 zehn Schwangerschaften. Die 1. bis 5., 7. bis 9. Schwangerschaften, Geburten und Wochenbetten verliefen normal, Kinder leben und sind gesund. In der 6. und 10. (1893) Schwangerschaft Abort. Das gegenwärtige Leiden seit 7. IX. 96. Seit Ausbleiben der Menses (2 Monate) sehr reichlicher, blutiger, stark stinkender Ausfluß, Schmerzen in abdomine, sehr heftiges Erbrechen, so daß Pat. nichts mehr bei sich behalten kann als Limonade und Kefir. Rascher Kräfteverfall. Seit langem Obstipation. Bei der Miktion brennende Schmerzen.

Status praesens. Schwächliche, welke Person, stark reduziertes Fettpolster. Genitalorgane entsprechend dem 2. Monat. Viel blutiger, stark stinkender Ausfluß, heftiges Erbrechen. Schmerzen in abdomine, ohne erweisbare Ursache. Temp. 37, Puls 84. Im Harn Spuren von Eiweiß.

Verlauf und Therapie. 16. IX. 96. Ausräumung des Aborts, Embryo nicht auffindbar. 18. IX. Seit der Operation alles erbrochen; die Jejunostomienarbe druckempfindlich. 20. IX. Trotz Diät (in Eis gekühlter Kefir theelöffelweise) und Kokain hält das Erbrechen an. Im Erbrochenen kein Blut. 24. IX. Das Erbrechen setzte am 19. IX. nach einer Magenspülung mit physiolog. Kochsalzlösung und 0,3% Salizyl während 8 Stunden aus: heute hat die Spülung nicht den geringsten Erfolg. Uterus gut kontrahiert. Urin sauer ohne Eiweiß. Am 25. IX. Transferierung auf eine interne Abteilung wegen Verdachtes auf Wanderniere; ev. Pylorusstenose, ev. nervöses Erbrechen.

Bericht aus dem Spital Winterthur. Die Indikation zur Jejunostomie war das hysterische Erbrechen; nach ziemlich rascher Heilung wurde die Fistel geschlossen.

Zweite Aufnahme. Klinik: 15. I. 98 bis 7. III. 98. Anamnese. Pat. ist jetzt 45 Jahre alt. 1896 aus der Frauenklinik einer innern Klinik zugeführt, dort nach zwei Tagen als unheilbar entlassen. Erbrach noch monatelang, behielt nur etwas Milch, Fleischbrühe und weiche Eier. Verschiedene Medikamente ohne Erfolg. Neujahr 1896 plötzliches Sistieren des Erbrechens ohne nachweisbare Ursache. Letzte Periode Juli 1897. Seit Mitte Nov. 1897 ab und zu Erbrechen, seit Mitte Dez. täglich nach jeder Mahlzeit. Gestern Abend ohne angebbare Ursache heftige Blutung aus den Genitalien.

Status praesens. Sehr reduzierte Person. Zunge mit weißem, leicht abziehbarem Belag. Uterus entsprechend dem VI. Monat, kindliche Herztöne (140), Uteringeräusch deutlich hörbar; bei der Untersuchung geht kein Blut ab. Puls und Temp. normal. Urin ohne pathol. Bestandteile. Erbricht sehr häufig.

Therapie. Bettruhe. Blande Diät. Cocain 1,0/10,0 3 mal tgl. gutt. XV, Bromkali 10,0/200,0, Kefir mit Eis. Nährklistiere. Menthol 1,0/100,0, Tinct. jod. gutt. VI, Kal.-jod. 6,0/120,0. Magenspülungen.

Verlauf. Therapie erfolglos. Erbrechen besteht fort. Das Erbrochene riecht schwach säuerlich. Prüfung des Magensaftes etc. unmöglich, da das Probefrühstück sofort erbrochen wird. Körpergewicht: 30. I. 47 kg, 12. II. 48 kg, 7. III. 48 kg. Entlassung wegen Platzmangel; Erbrechen hält an, Schwangerschaft besteht weiter.

Fall 8. 42 J., Hausfrau, Winterthur. 8. XII. 97 bis 25. XII. 97. Anamnese. Zwei Brüder leiden an Lungentuberkulose. Pat. stets kränklich, Masern, Typhus, dreimal Gliedersucht, einmal Gelbsucht. Vor 2 Jahren Blutvergiftung infolge Waschen von Krankenwäsche, seither Leibschmerzen, Appetitlosigkeit, häufiges Erbrechen. Menses mit 17 Jahren, einjährige Pause, dann regelmäßig, alle 3 Wochen, stark, 4 bis 5 Tage dauernd, oft Leib- und Rückenschmerzen. Heirat mit 31 J. Erste Geburt 1889, vom 4. Monat ab häufiges Erbrechen bis zur 22. Woche, auch Blutbrechen. Kein Arzt konsultiert. Geburt und Wochenbett normal. Seit Heirat starker, weißlicher Ausfluß, infolgedessen Intertrigo; Brennen beim Wasserlösen; 1892 zweite Verehelichung. Letzte Periode 5. X. 97. Seit Anfang November wieder Erbrechen, zuerst einmal täglich beim Aufstehen, bald 5- bis 6 mal täglich unabhängig von den Mahlzeiten. Starke Entkräftung, völlige Appetitlosigkeit. Erfolglose Therapie.

Status praesens. Blasse, sehr reduzierte Person. Genitalien entsprechend dem II. Monat. Fluor albus. — Puls und Temp. normal. Urin ohne pathol. Bestandteile.

Therapie und Verlauf. Bettruhe und Milchdiät, morgens ein Glas Karlsbader Mühlbrunn. In den ersten Tagen häufiger Brechreiz, aber kein Erbrechen. Am 11., 15., 18. XII. erbricht Pat. je einmal; die Genesung schreitet fort. Steht am 21. XII. auf, geheilt entlassen.

Fall 9. 32 J., Schneiderin, Zürich III. 20. I. 97 bis 9. II. 97. Anamnese. Vater starb apoplektisch, Mutter an Lungenschwindsucht. Pat. nie ernstlich krank. Menses mit 16. J., stets regelmäßig alle 4 Wochen, schmerzlos, sehr stark, 6 Tage dauernd. Heirat 1885; 1885 und 1887 schwere Zangengeburten (Wehenschwäche), Kinder leben und sind gesund. In allen Schwangerschaften seit der 4. Woche heftiges Erbrechen mit Kopfschmerzen, starke Entkräftung, deshalb stets zu Bette. Deswegen in der 3. Schwangerschaft (1894) Abort im 4. Monat. Okklusivpessar, das Pat. bald weglegte. Seit Mitte Dez. 1896 drittmals schwanger, nach 4 Wochen unstillbares Erbrechen, heftige Kopfschmerzen. Einmal Blutbrechen. Der Arzt bezeichnet Patientin als Neurotika.

Status praesens. Schwächliche, abgemagerte, entkräftete, anämische Person. Mammae atrophisch. Genitalien dem III. Monat entsprechend. Am äußern Muttermund glatte Erosion. Urin ohne path. Bestandteile. Puls und Temp. normal.

Therapie. In Eis gekühlter Kefir, kalte Milch, Champagner, Menthol. Nährklistiere. Bromnatriumsuppositorien. Ichthyolglycerintampons. Abortus arteficialis.

Verlauf. In den ersten 3 Tagen kein Erbrechen. Vom 23. bis 28. I. täglich häufiges, schweres Erbrechen; die Speisen wenig verändert, koaguliert, nicht sauer oder fäkulent riechend. Totale Entkräftung. Macht den Eindruck einer Hysterischen. — Am 29. I. Einleitung des künstlichen Aborts, 31. I. Ausräumung des Uterus. Schläft die Nacht vom 31. I. zum 1. II. gut, bricht aber noch einige Male am 1. II., erträgt Milch und Schleimsuppe, 2. bis 9. II. kein Erbrechen, rasche Rekonvaleszenz.

Fall 10. 39 J., Hausfrau. Maur. Erste Aufnahme 28. III. 98 bis 6. IV. 98. Zweite Aufnahme 17. IV. 98 bis 17. V. 98. Anamnese (28. III. 98). Zwei Geschwister starben an Lungentuberkulose. Pat. nie ernstlich krank, aber bis zur Verheiratung Nervenschwäche. Menses mit 14 Jahren, anfangs unregelmäßig, später alle 4 Wochen, schwach, 2 bis 3 Tage dauernd, ohne Schmerzen. Heirat mit 29 Jahren (1888), seither 5 Schwangerschaften, stets bis zum 4. Monat häufiges Erbrechen; Geburten und Wochenbetten normal. Seit Ende Dez. 1897 sechste Schwangerschaft. Bis Ende Januar wird alles erbrochen, daneben Husten mit schleimigem Auswurf, der unter Brechbewegungen hinausbefördert wird, Pat. fühlt sich alsdann besser. Medikamente und Diät erfolglos.

Status. Kräftig gebaute, jetzt etwas reduzierte Person. Gesicht gerötet, Zunge mit dickem, weißem, leicht abziehbarem Belag. Genitalien entsprechend dem III. Monat; mäßig viel weißer, schleimiger Fluor. Urin ohne patholog. Bestandteile. Obstipation. Puls und Temp. normal. Appetit ordentlich.

Therapie vergleiche Nr. 9. Cerium oxyd. oxal. 0,2 tgl. 4 mal.

Verlauf. 2. bis 6. IV. Erbricht täglich, aber weniger, Appetit geringer. Auf Wunsch entlassen, wenn keine Besserung eintritt, kommt sie zur Aborteinleitung zurück.

2. Anamnese (17. IV. 98). Seit Entlassung Zunahme des Erbrechens, rapider Kräfteverfall.

Status praesens. Pat. sieht verfallen und sehr geschwächt aus. Temperatur morgens 37,2, abends 38,7. Puls bis 140, sehr schlecht, gespannt.

Therapie. Als ultima ratio: Abortus arteficialis.

Verlauf. Abort am 18. IV. eingeleitet, 20. IV. Extraktion eines mazerierten Fötus, sofortige manuelle Lösung der Plazenta. Fieber bis 38,5, das noch einige Wochen anhält. Uterus gut kontrahiert. 1. V. perimetritisches Exsudat konstatiert. 2. bis 17. V. langsame Rekonvaleszenz. Ein Abszess über der Symphyse bei der Entlassung nicht geheilt; das perimetritische Exsudat nimmt zu; leichter Bronchialkatarrh. Aussehen besser. Appetit noch gering. Entlassung gegen Revers.

Fall 11. (Russin.) 25 J., Moskau. 13. X. 98 bis 24. X. 98. Anamnese. Stets gesund. Vor zwei Jahren Nervenentzündung, vorwiegend der Kopfnerven, mit Narkotizis und Hypnotizis behandelt, dauernde Schmerzen mit wechselnder Intensität. Seit Anfang Juni erstmals gravid, sofort Erbrechen, anfangs nur morgens, seit 8 Wochen nach allen Mahlzeiten. Seit Beginn der Gravidität beträchtliche Zunahme der Nervenschmerzen an der linken Wangen- und Temporalgegend.

Status praesens. Große, kräftige, wohlgenährte Frau. Zunge mit weißem Belag. Herz: über der Mitralis ein systolisches Geräusch; Dämpfung nicht vergrößert. Genitalien entsprechend dem V. Monat. Nervenschmerzen an der linken Wangen- und Temporalgegend ohne anatomische Grundlage. Keine Druckpunkte. Temperatur und Puls normal. Urin ohne pathologische Bestandteile. Obstipation.

Therapie vergleiche Nr. 9. Migränin 3mal tgl. 1,0, Phenacetin 1,0.

Verlauf. 14. X. und 18. X. bricht je abends einmal, sonst nie in der Klinik. Am 17. X. wünscht Pat. statt Migränin Phenacetin, ferner Thee und Caviar; am Nachmittag verliert Pat. plötzlich das Bewußtsein, hält den Atem an, so daß Cyanose von Gesicht, Brust und Extremitäten entsteht. Puls stets gut. Nach einer halben Stunde ist sie wieder bei vollem Bewußtsein. In der Nacht vom 17./18. X. äußerst heftige Gesichtsschmerzen, 0,015 Cocain muriat. subcut. in die linke Submaxillargegend, Sulfonal 1 gr., Codein. phosphor. 0,045 subcut. ohne allen Erfolg. Vormittags (18. X.) 9^{30} h a. m. hysterischer Anfall mit deutlichem Arc de cercle; Puls gut, keine Cyanose. Dauer $^1/_4$ Stunde. Verlangt Morphium in den linken Oberarm gespritzt, die Neuralgie hört sofort auf. 19. X. und 20. X. morgens Phenacetin, abends 0,01 Morphium gegen die Neuralgie; Pat. fühlt sich tagsüber viel wohler, am Abend unruhiger; erbrach auch in der Klinik nur abends (14. X. und 18. X.). Am 21. X. völliges Wohlbefinden, gewöhnliche Kost (besonders gern Schinken), abends 0,5 Phenacetin. Wegen Fluor albus Vaginalspülung. Steht am 23. X. auf; geheilt entlassen.

Fall 12. 33 J. (Russin), stud. med., Zürich. 14. XII. 98 bis 21. I. 99. Anamnese. Mutter starb an Lungentuberkulose. Pat. stets gesund, vor 10 Jahren Magenleiden, das sie als Ulcus rotundum erklärt. Menses mit 14 Jahren, immer regelmäßig, stark, 5 Tage dauernd. Seit 5. X. 98 erstmals schwanger. Ende Oktober heftige Übelkeit, Anfang November Erbrechen, anfangs einmal, seit einem Monat 5- bis 6 mal im Tag. Abmagerung, Schwäche. Bisherige Behandlung: Karlsbadersalz, Bettruhe, Diät.

Status praesens. Kräftig gebaute, gut genährte Person, blasse Hautfarbe. Uterus entspricht dem III. Monat. Vagina und Adnexe normal; am Fundus uteri ein fast kindkopfgroßes subseröses Myom von unebener, knolliger Oberfläche, in der vordern Uteruswand ein kleines intramurales Myom. Temperatur und Puls normal. Urin normal.

Therapie. Diät. Bettruhe. Natr. bromat. 6,0, Cocain muriat. 0,06/190 2 mal tgl. ein Eßlöffel. Condurango. Chloralhydrat.

Verlauf. 17. bis 23. XII. erbricht selten, oft Übelkeit. Steht am 23. XII. auf. 24. XII. erbricht heute 4 mal. Allgemeinbefinden gut. 25. bis 31. XII. erbricht seltener, nicht mehr täglich. Wegen andauernder Übelkeit Condurango Steht täglich auf. 1. bis 5. I. erbricht nicht mehr. 6. I. wollte heute Abend die Klinik verlassen, regte sich dabei sehr auf, hat in der Nacht und am 7. I. morgens mehrfach erbrochen. 2 gr. Chloralhydrat per Klysma, schläft dann ordentlich, 8. I. wenig Übelkeit, kein Erbrechen. Wünscht hypnotische Behandlung. 9. I. erste Sitzung (bei Dr. Ringier), behauptet nachher schlecht geschlafen zu haben. Erbricht heute 2- bis

3mal. Schläft in der Nacht 9./10. I. mittelmäßig. Die Protokolle der hypnotischen Sitzungen sind nicht mehr zu finden. Ende Oktober 1906 erfuhr ich von einer langjährigen Bekannten der Pat., die wie diese Medizinerin ist: Die Schwangerschaft kam der Pat. sehr unerwünscht wegen Behinderung des Studiums, finanzieller Bedenken, ob der zu erwartenden Mehrbelastung des Budgets durch das Kind. Konsultierte des Myoms wegen verschiedene Gynäkologen in der Hoffnung, daß ein Abort eingeleitet würde; später wollte sie aus der Hyperemesis die Indikation des Aborts ableiten; wurde überall abgewiesen.

Fall 13. 28 J., Hausfrau, Zürich III. 7. II. 99 bis 20. II. 99. Anamnese. Bis auf eine Vereiterung des rechten Kniegelenks, Unterschenkel und Fuß vor 3 Jahren nie krank. — Menses mit 17 Jahren, meist alle 3 Wochen, nie ganz regelmäßig, 4 bis 6 Tage dauernd, mit starken Schmerzen und Krämpfen. Letztere seit der Heirat so stark, daß sie sich jeweilen zu Bette legen muß. Einmal war die Periode 3 Monate lang ausgeblieben, dauerte dann aber 3 Wochen. Kein Fluor. — Heirat mit 26 Jahren 1897. Seit Mitte Dezember 1899 erste Schwangerschaft. Seit der zweiten Januarwoche 10- bis 12 mal täglich Erbrechen, auch außerhalb der Mahlzeiten. Starke, stechende Schmerzen in abdomine, an den Lenden und Brüsten, am intensivsten abends und nachts; glaubt deshalb, die Menses würden wieder auftreten. Zeitweise Atembeschwerden, Gefühl als ob ihr etwas im Halse emporstiege und sie am Atmen hinderte. Derartige Anfälle, im ganzen 16, dauerten 5—6 Minuten, traten erst vor ca. 8 Tagen auf. Am 5. Febr. schwerer, derartiger Anfall, fühlte sich einer Ohnmacht nahe. — Defäkation und Exurese normal. Schlaf gestört. Appetit gut.

Status praesens. Kräftige, gut aussehende Frau. Zunge leicht belegt. Genitalien entsprechen dem zweiten Monate; Gesichtsfeld und Pupillenreflexe normal. Keine Störungen der Hautsensibilität, Berührungsschmerz, Temperaturempfindlichkeit normal. Haut-, Sehnen- und Gaumenreflexe vorhanden; Druck auf beide Ovarialgegenden schmerzhaft.

Therapie. Vergl. Nr. 12.

Verlauf. 7. bis 8 II. kein Erbrechen. 9. II. Mittagskaffee erbrochen, Depression. Appetit gut. 10. bis 12. II. kein Erbrechen, keine Medikamente. Bett. 13. bis 16. II. erbrach zweimal geringe Mengen, zeitweise Kreuz- und Magenschmerzen. 17. bis 20. II. erbricht höchstens alle drei Tage einmal. Befinden gut. Keine Anfälle in der Anstalt. Appetit gut. Nie Fieber. Schlaf stets gut.

Zeugnis des Hausarztes. Pat. hysterisch, leidet an hysteroepileptischen Anfällen.

Fall 14. 27 J., Weberin, Hinweil. 10. II. 1900 bis gest. 4. III. 1900.

Anamnese. Stets gesund. Menses mit 14 Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen, selten schmerzhaft. 1897 erstmals schwanger, in den ersten vier Wochen häufiges Erbrechen, fühlte sich dabei schwach. Übriger Teil der Schwangerschaft wie auch Geburt und Wochenbett verliefen gut. In der zweiten Schwangerschaft 1898 selten Erbrechen, Geburt und Wochenbett normal. Jetzt ist Pat. zum drittenmal schwanger, letzte Periode 1899. Pat. weiß nicht, ob sie gravid ist. Seit Ausbleiben der Menses nach jeder Mahlzeit unter großen Beschwerden — Erstickungsanfälle — Erbrechen. Seither Schmerzen in der linken Bauchseite und in der Magengegend. Magerte rasch ab, schwach, blaß. Seit 17 Wochen zu Bett. — Seit 3 Wochen die Gegend über der Symphyse druckempfindlich, keine spontanen Schmerzen. Seit 16 Wochen Obstipation; Urin seit der Krankheit spärlich, rotbraun, selten Wasserbrennen, häufig Harndrang. Schlaf bis vor einer Woche gut, in den letzten Tagen unruhig. — Seit 3 Tagen Heiserkeit. Starker Durst. Lange Zeit als magenkrank behandelt, bis der Arzt eine Gebärmutterknickung entdeckte und darauf alle Erscheinungen bezog.

(Fortsetzung folgt.)

Die epileptischen Bewusstseinsstörungen in forensischer Beziehung.

Von Dr. *Ödön Németh*, Königl. Gerichtspsychiater in Budapest.

(Schluß.)

Der zweite Fall ist ein klassisches Beispiel der eigentümlichen Veränderung des Bewußtseins, der pathologischen Verbrechensvorstellung, der Selbstanklage, wo nach dem inzwischen eingetretenen epileptischen Krampfanfall und traumhaften Zustande eine dem ersteren ähnliche Verwechslung des falschen Gedächtnisbildes stattfindet.

B. R., 24 Jahre alt, röm.-kath., ledig, Taglöhner, kennt weder seinen Vater noch seine Verwandtschaft; seine Mutter war epileptisch und starb während eines Anfalles. Auch er leidet an Epilepsie. Zehn Jahre alt, stürzte er neben der Drechslerbank zusammen und war eine Zeitlang bewußtlos. Seine Umgebung teilte ihm mit, daß er auf einige Minuten zusammenstürzte und seine Glieder gezuckt haben. Er soll auch davon gesprochen haben, daß er jemanden beraubt oder eine Brandstiftung verübt habe. Dieses Leiden trat jährlich einmal auf, nach dem Genusse alkoholischer Getränke jedoch auch öfter. Dem Anfall geht Kopfschmerz voran, nach demselben jedoch fühlt er sich berauscht und sein Kopf ist „schwer“. Er leidet oft an Kopfschmerz und Schwindel. Er hat auch eine Lungenentzündung überstanden, doch litt er nie an Syphilis und Kopfverletzungen. Seine Mutter erzog ihn, eine Schule besuchte er nicht und kann weder lesen noch schreiben. Als Taglöhner beschäftigte er sich mit Eisendrechslerei. Er ist erregbarer Natur. An geistigen Getränken erfreute er sich selten, da

schon kleine Quantitäten genügten, um ihn zu berauschen. Militärdienste hat er nicht geleistet.

Wie aus den Gerichtsakten ersichtlich, beschuldigte sich B. K., der wegen Diebstahl sieben Monate Kerker in Czernowitz abbüßte, daß er vier Monate vor dieser Tat einem gewissen G. in Galatz, mit dem er vorher gezecht hatte, ein Messer in den Bauch gerannt und ihn dann in die Donau gestoßen habe.

Es wurde gegen ihn wegen Mordtat die Untersuchung eingeleitet und erzählte er nach seiner Auslieferung vor dem Untersuchungsrichter, daß er am besagten Tage mit G. in einem Wirtshause sieben bis acht Liter Wein getrunken habe, nach der Sperre auf eine nahe der Donau gelegene Wiese gegangen sei und zwar in Gesellschaft des G. und sich dort im Rausche niedergelegt habe. Als er am Morgen erwachte, fand er G. nicht mehr neben sich und es „erschien“ ihm nun, als ob er geträumt, daß er den G. erschlagen und in die Donau geworfen hätte. Er wisse nicht genau, ob er den G. getötet, doch erkläre er, daß er hierzu keinerlei Grund gehabt habe. Die gerichtliche Untersuchung, obgleich sie im ausgedehntesten Maße betrieben wurde, konnte keinen einzigen, das angebliche Verbrechen bestätigenden Umstand entdecken. Die unmittelbare Untersuchung des Angeklagten zeigte, daß er niedriger Statur, schwarzhaarig, mäßig entwickelt, genährt und blutarm sei. Sein Schädel zeigte sich verschoben, rhachitisch, die Stirne niedrig und schmal und die Okzipitalgegend stufenförmig vertieft. Seine Iris war grau, gefleckt, die Pupillen halbweit, reagierten prompt und die Gesichtsmuskeln funktionierten gut. Seine Backenknochen waren herausstehend, die Rundungen des Unterkiefers auseinanderlaufend. Die Zunge ließ ein fibrilläres Zittern erkennen. Die Finger zeigten Tremor. Die Kniereflexbewegungen waren gesteigert. Beim Gehen mit geschlossenen Augen wankt er. Seine Vegetationsorgane sind normal. Seine Körperhaltung ist nachlässig, sein Gang schwerfällig. Die Stirne hält er stets gerunzelt. Der Gesichtsausdruck ist finster und trotzig. Seine Stimmung gedrückt. Die an ihn gestellten Fragen faßt er schwer auf, antwortet zeitweise bereitwillig, sonst unpassend, rauh oder überhaupt nicht. Er ist eigensinnig und trotzig, aber dennoch leicht zu beeinflussen. Über Ort und Zeit ist er genügend orientiert. Seine Kenntnisse sind beschränkt, kann weder lesen noch schreiben und kennt die Monatsnamen nicht, löst aber die einfachen Kopfrechnungen zur Genüge und weiß, daß im Dorfe der Richter die erste Amtsperson ist, daß man das Vermögen besteuert, hat auch von Sparkassen und Militär etwas vernommen, ist aber über ihre Ziele und Verwendung nicht im Reinen. Die Kirche hat er selten besucht, kennt aber das Vaterunser. Auf entsprechende Fragen antwortet er, daß man stehlen und morden auch dann nicht darf, wenn die Tat niemand sieht, denn dies werde Sünde genannt. Sein angebliches Verbrechen, um dessenwillen er nach Abbüßung seiner Czernowitzer Strafe den heimatlichen Gerichten ausgeliefert und in Untersuchungshaft geschickt worden war, erzählte er mit eigentümlicher Phantastik. Er erzählte, daß er im September des vergangenen Jahres in Galatz die Bekanntschaft eines Mannes gemacht, der ihm Namen und Herkunft genannt, jedoch behauptet habe, daß er einen falschen Namen führe. Er erinnert sich, daß sie in ein Gasthaus gingen und zechten, doch wisse er nicht, auf welche Weise, mit wem und wann er sich von dort entfernt habe. Er erinnere sich bloß, daß er am folgenden Morgen auf einer Wiese erwacht, doch wisse er nicht, wieso er dorthin geraten sei. Damals glaubte er, daß sein Genosse, wie er es auch erwähnt hatte, nach Rußland gereist sei. Als er dann später wegen Diebstahls in Untersuchungshaft geraten war, erwachte er eines Morgens mit starkem Kopfschmerz, fühlte sich unwohl, sein Herz war bedrückt und es kam plötzlich die Vorstellung über ihn, daß er den G., mit dem er einen Tag lang gezecht und der ihm seine Erlebnisse mitgeteilt hatte, ermordet habe. Als er die Sache überdachte, war sie ihm vollends unerklärlich, denn er hatte absolut keinen Grund gehabt, den G. zu töten, und war er doch nicht einmal im Besitze eines Messers gewesen. Nachdem aber G. dennoch von seiner Seite verschwunden war, erklärte er die Sache derart, daß er sein Opfer wahrscheinlich in die Donau geworfen, da er ja am Ufer der Donau aufgewacht sei. Übrigens erklärt er, daß er auch jetzt noch nicht genau wisse, ob er geträumt oder den G. tatsächlich in die Donau geworfen habe. Er erzählt, daß sein Blut „schlecht“ sei, da er jährlich ein- oder zweimal von einer seltsamen Krankheit — dem „Herzleiden“ — erfaßt werde, wobei er Schwindelanfälle hat und auch oft zu Boden stürzt. Ein andermal wieder — wie er es von seinen Freunden gehört — habe er allerlei dummes Zeug geschwatzt und gesagt, daß er geraubt oder Feuer gelegt habe. Dieses Unwohlsein befällt ihn besonders dann, wenn er geistige Getränke genießt, denn dieselben schaden ihm schon in kleinen Mengen.

Am Ende der vierten Beobachtungswoche schrie er eines Nachmittags plötzlich auf und es überraschte ihn ein von vasomotorischen Störungen, Gesichtsblässe, Zusammenstürzen, Bewußtlosigkeit und clonico.

tonischen Krämpfen der oberen und unteren Extremitäten begleiteter typischer Krampfanfall, nach welchem er tagelang wie umwölkt, betäubt und auch körperlich sich gebrochen fühlte, noch immer an Schwindelanfällen litt, zu Boden stürzte, sich anschlug, die an ihn gerichteten Fragen kaum erfaßte, sein Orientierungsvermögen vollständig verloren hatte und fortwährend von der Ermordung seiner Geliebten sprach.

Am dritten Tage nach dem Anfalle antwortete er auf die Frage, wo er sich befinde: „Im Zuchthause, weil ich vorgestern (am Tage des Anfalles) von den Gendarmen, die mich gefangen genommen hatten, stark geprügelt worden bin, da ich meine Geliebte, mit der ich am Ufer des Oltflusses in Siebenbürgen spazieren gegangen war, in einem Anfall von Wut über ihre Beleidigungen und Erniedrigungen mit einem Messer erstach und ihre Leiche in den Oltfluß gestoßen hatte.“ Interessant ist der Umstand — und ich verweise speziell darauf —, daß der Gegenstand jenes Deliriums, welches dem letzten schweren Anfalle voranging, nämlich die Trugvorstellung von der persönlichen Ermordung seines Freundes, die ihn Monate lang beschäftigte, gänzlich aus seinem Gedächtnisse ausgeschaltet wurde, daß er bei jeder Gelegenheit dagegen protestierte und fort und fort behauptete, er sei wegen Ermordung seiner Geliebten verhaftet, und daß die an Kopf und Händen sichtbaren Kontusionen nicht eine Folge des Sturzes und Anschlagens, sondern ihm von den Gendarmen beigebracht worden seien. Seine Angaben über die Tat, über seinen angeblichen Mord und die Tätlichkeiten der Gendarmen sind ungewiß. Bei der Aufzählung der Ereignisse zeigen sich Lücken, die aufzuklären er unfähig ist. Von Zeit zu Zeit droht er ohne jeden Beweggrund und auf leidenschaftliche Art mit Selbstmord; seine sittlichen Begriffe sind mangelhaft, sein Gedächtnis lückenhaft, die Urteilskraft beschränkt und sein Schlaf unruhig.

Wie ersichtlich, kann man auch bei diesem Angeklagten neben seiner erblichen Belastung noch eine ganze Reihe körperlicher und geistiger Degenerationssymptome konstatieren: Sein Gesichtsausdruck ist finster, er brummt vor sich hin, sein Gemüt ist verstimmt, die Auffassungskraft schwerfällig, er ist eigensinnig und widerspenstig und zu Leidenschaftsausbrüchen geneigt. Er zeigt ethische Defekte, droht ohne Grund mit Selbstmord, besitzt eine beschränkte Urteilskraft und ein lückenhaftes Erinnerungsvermögen, sein Schlaf ist unruhig. Er zeigt Intoleranz gegen Alkohol und erlitt einen typischen Krampfanfall, dem ein deliriöser, traumhafter Zustand folgte. Wir sehen weiter, daß dieser Fall in vielen Punkten dem ersteren ähnlich sei; auch hier steht das Verbrechen ohne jeden Beweispunkt da, doch ist es im letzteren Falle auffallend und vom Standpunkte des Gerichtspsychiaters von höchster Wichtigkeit, daß der Angeklagte, der in seiner Selbstanklage behauptet, daß er seinen Genossen bei Galatz erstochen und in die Donau geworfen, während des nach einem neuerlichen epileptischen Anfalle eingetretenen traumhaften Zustandes und auch nach diesem die Sache ableugnete und die bei letzterer Gelegenheit entstandenen Trugvorstellungen abermals als wirklich geschehen darstellte, behauptend nämlich, daß er seine Geliebte in Siebenbürgen getötet und in den Oltfluß gestoßen habe. Sonach erhob er eine neuerliche Anklage gegen sich, die seiner ersten Selbstbeschuldigung ähnlich ist (Mord), jedoch mit dem Unterschiede, daß der Gegenstand der verbrecherischen Tat eine Frauengestalt und auch der Schauplatz verändert erscheint. Die frühere Selbstanklage entschwindet seinem Gedächtnisse, um der neueren Platz zu machen, doch verwendet er hier die bei Verbrechern oft vorkommende Verteidigungsart, nämlich, daß er die Tat in einem Anfalle von Wutausbruch begangen. Mit Bezug auf den während der Haft eingetretenen traumhaften Zustand und die dadurch hervorgerufenen Trugvorstellungen und Bewußtseinsveränderungen, die das Substrat der Selbstanklage als tatsächlich geschehen hinstellten, zeigen seine Äußerungen auffallende Lücken und Ausfälle, und von gleicher Art erscheint auch seine Erinnerung an die falsche Selbstanklage und an seine früheren diesbezüglichen prozessualen Äußerungen. Die Tat selbst, die Selbstanklage erscheint wohl zielbewußt und durch Gewissensbisse herbeigeführt, aber im großen und ganzen betrachtet, trägt sie — beim Mangel greifbarer Beweise — den Stempel der Grund- und Zwecklosigkeit, der Unwahrheit und Impulsivität.

Aus diesen Darstellungen ergibt sich demnach:

1. Das Bewußtsein der Epileptiker kann sich nach längeren oder kürzeren Pausen, minutenlang oder auf Monate hinaus, in größerem oder kleinerem Maßstabe verändert, getrübt erweisen, sich traumartig verdunkeln, ja sogar gänzlich aufgehoben sich zeigen; als notwendige Folge — die Dauer des Anfalles in Betracht gezogen — tritt Lückenhaftigkeit des Gedächtnisses (nach Moeli: „inselförmige Erinnerung“) oder totale Amnesie ein.

2. Die an epileptischer Bewußtseinsstörung Leidenden können die verschiedenartigsten Verbrechen begehen, besonders solche, die mit dem im normalen Zustande gezeigten Betragen und Charakter im Widerspruche stehen, jedoch stets das Zeichen der Impul-

sivität tragen, seien sie unschuldiger Natur oder gewalttätiger, mit dem Strafgesetzbuche kollidierender Art.

3. Neben dem den Epileptiker charakterisierenden Egoismus und ethischen Defekten kann im Zustande epileptischer Traumhaftigkeit, als eine Folge des veränderten Bewußtseins, eine Übertragung falscher Gedächtnisbilder in den normalen Zustand stattfinden und dadurch die Wahnidee eines begangenen Verbrechens und die Selbstanklage entstehen.

4. Die im Zustande des epileptischen Dämmerungszustandes erhobene falsche Anklage und besonders die Selbstbeschuldigung kann unter bestimmten Umständen, während eines neuerlichen Anfalles und in der demselben folgenden Periode unter Ausfall der auf das frühere Delirium bezüglichen falschen Gedächtnisbilder geändert werden.

5. An Stelle der bei einem neuerlichen Anfalle dem Gedächtnisse entfallenen früheren pathologischen Selbstbeschuldigung kann eine vollkommen neue und der vorherigen ähnliche Selbstanklage, eine Art Bewußtsein der Sünde auftreten.

6. Die pathologische Eigentümlichkeit der grundlosen Selbstanklage von Epileptikern kann an der Ordnungswidrigkeit des Gedächtnisses und dessen Lückenhaftigkeit erkannt werden.

7. Die verbrecherischen Handlungen der an epileptischen Dämmerungszuständen leidenden Individuen sind stets in ihrer Gesamtheit, in ihrer ganzen Ausdehnung zu untersuchen, wenn auch einzelne Handlungen derselben den Stempel der Verstandesgemäßheit und des Zielbewußtseins tragen, denn nur auf diesem Wege lassen sich deren pathologische Symptome erkennen.

8. Die an traumhaften epileptischen Zuständen, an Bewußtseinsstörungen leidenden Individuen sind den Geisteskranken vollwertig anzureihen und müssen vom Gesichtspunkte des § 51 des deutschen Strafgesetzbuches und des § 76 des ungarischen Strafgesetzes betrachtet werden.*)

*) „Eine Handlung darf demjenigen nicht angerechnet werden, der sie im Zustande der Bewußtlosigkeit begeht oder dessen Geistestätigkeit so gestört ist, daß dadurch die Fähigkeit freier Willensbestimmung ausgeschlossen ist.“

Mitteilungen.

— Tagesordnung der **81. ordentlichen Generalversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz**, am Samstag, den 20. Juni, nachmittags 1 1/4 Uhr in Bonn in den Räumen der Lese- und Erholungs-Gesellschaft, Coblenzerstr. 35.

1. Geschäftliche Mitteilungen.

2. Aufnahme neuer Mitglieder. Zur Aufnahme in den Verein haben sich gemeldet: Dr. Baumann, Ahrweiler, Arzt der v. Ehrenwall'schen Heilanstalt. Dr. Benning, Pützchen, Arzt der Dr. Gudden'schen Heilanstalt. Dr. Berg, Düsseldorf, Gerichtsarzt. Dr. Maier, Düren, Assistenzarzt der Prov.-Heil- u. Pflege-Anstalt. Dr. Sioli, Bonn, Volontärarzt der Prov.-Heil- u. Pflege-Anstalt. Dr. Trapet, Bonn, Assistenzarzt der Prov.-Heil- u. Pflege-Anstalt.

3. Antrag des Hilfsvereins für Geisteskranke in der Rheinprovinz.

4. Vorträge: a) Westphal-Bonn: Demonstrationen. — b) Vogt-Frankfurt a. M. (Privatdozent, Abteilungsvorsteher des Senkenberg'schen Instituts, Gast): Ueber den Aufbau der Hirnrinde. — c) Referat über das Greisenalter in psychologischer, psychopathologischer und forensischer Beziehung. Ref. Aschaffenburg-Köln und Hübner-Bonn. — d) Kölpin-Andernach: α) Multiple Papillome des Gehirns. β) Ueber den Bau der Conglomerattuberkel des Gehirns. — e) Geller-Düren: Gedächtnisstörungen bei Degenerierten. — f) Witte-Grafenberg: Ueber Ergebnisse bei Schädelkapazitätsbestimmungen nach Reichardt.

4 1/2 Uhr: Festessen.

Oebeke. Pelman. Thomsen. Umpfenbach. Westphal.

— **Wiesloch**, den 27. Mai 1908. Heute trafen einer Einladung des Großh. Landeskommissärs in Mannheim folgend die Amtsvorstände und Oberamtmänner der Kreise Mannheim, Heidelberg und Mosbach in der Heil- und Pflegeanstalt ein. Sie nahmen hier zunächst einen Vortrag des Anstaltsdirektors über die historische Entwickelung des Irrenanstaltswesens in Baden im allgemeinen wie insbesondere über das Bauprogramm und die Baugeschichte der hiesigen Anstalt entgegen. An der Hand des Situationsplanes wurden die Zwecke und Behandlungsgrundsätze einer modernen Heil- und Pflegeanstalt und die Bestimmung der einzelnen Gebäude erklärt. Daran schloß sich ein Rundgang durch die hauptsächlichsten Gebäude der Anstalt.

Wir halten bei den Verwaltungsbeamten, auf deren Mitwirkung wir im Aufnahme- und Entlassungsverfahren wie in manchen andern Dingen angewiesen sind, diese praktische Einführung in die Aufgaben der Irrenfürsorge und in den Betrieb einer Irrenanstalt für eine außerordentlich glückliche Maßnahme und möchten sie an dieser Stelle auch für anderwärts als nachahmenswert empfehlen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 13. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der Provinzial-Heilanstalt für Kranke katholischer Konfession der Provinz **Westfalen** zu **Niedermarsberg** (Stat. Marsberg d. Hagen-Kasseler Bahn) ist die Stelle eines

Assistenzarztes

zum 1. Juli ds. Jahres neu zu besetzen.

Gehalt neben freier Station I. Kl. im 1. Jahre 1800 M., im 2. Jahre 2000 M., im 3. Jahre 2200 M.

Nach 3 Jahren erfolgt bei Bewährung feste pensionsberechtigte Anstellung als Abteilungsarzt mit einem Anfangsgehalte von 3300 M., steigend bis 5000 M. neben freier Wohnung für Unverheiratete, für Verheiratete freie Familienwohnung mit Garten, oder 450 M. Wohnungsgeld.

Meldung nebst Zeugnisse und Lebenslauf werden erbeten an die Direktion.

Prov. Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz (Posen).

Eine **Assistenzarztstelle** ist sofort zu besetzen. Anfangsgehalt 2000 M.; steigend alle Jahre um je 100 M. bis zu 2500 M. Außerdem freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Kost erster Klasse. Nach fünfjähriger einwandfreier Dienstzeit in der Provinzialverwaltung Posen Anstellung auf Lebenszeit mit Pensionsberechtigung bei 3300 M. Anfangsgehalt und Familienwohnung. Zurzeit 700 Kranke, später 1200. Gelegenheit und Anleitung zu wissenschaftlichen Arbeiten. Auch **Medizinalpraktikanten** (freie Station) werden angenommen.

Meldungen mit Lebenslauf und Zeugnissen an die **Direktion.**

Haematogen Hommel

völlig alkohol- und ätherfrei

(gereinigtes concentr. Haemoglobin [DRP. Nr. 81391] 80⁰ chem. reines Glyzerin inkl. Geschmakscorrigens 20⁰).

Warnung!

Wir warnen vor Nachahmungen und bitten stets **Haematogen Hommel** zu ordinieren. „Haematogen Hommel" wird zur sicheren Abtötung etwaiger Bakterien während 24 Stunden der höchst zulässigen Temperatur (ca 55° C) ausgesetzt, ist daher absolut tuberkelbazillenfrei, völlig entgast und frei von Hippursäure und flüchtiger Fettsäure, während die auf kaltem Wege mittels Ätherfällung dargestellten Nachahmungen nur gewöhnliche Mischungen repräsentieren, sie bieten keine Sicherheit der Keimfreiheit und bleiben mit den Gasen und Excretionsstoffen des Blutes belastet.

Dormiol

Billiges, prompt wirkendes **Schlafmittel** i Dosen von 0,5 — 3,0 gr. Gut bekömmlich, **keine Neben wirkungen** beobachtet. Dem **Chloralhydrat** an **Wirkun gleich ohne dessen Nachteile.**

Dormiol-Kapseln zu 0,5 gr.

Crurin	**Bismutose**	**Orexin**
Streupulver. Antisepticum und Adstringens zum äusserl. Gebrauch.	bewährtes Adstringens und Protectivum.	echtes Stomachicum **Orexin-Tabletten** und **Orexin-Chocol.-Tablette**

Litteratur durch: **Kalle & Co. A.-G., Biebrich a. Rh**

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Dr. Warda, früher I. Assistenzarzt von Herrn Geheimrat Professor Dr. Binswanger in Jena, empfiehlt seine Heilanstalt für Nervenkranke

Villa Emilia

zu **Blankenburg** im Schwarzatal (Thüringen). Die Anstalt ist durch einen schönen und zweckmäßigen Neubau vergrößert und das ganze Jahr geöffnet. 987

Dionin	**Veronal**
Bewährtes Ersatzmittel für Morphin bei Entziehungskuren.	**Sehr beliebtes Hypnotikum und Sedativum.**
Es bewirkt selbst in größeren Dosen keine Euphorie und ist ohne kumulative Wirkung. Dionin ist ein sehr wirksames Sedativum und ein gutes Hypnotikum in einzelnen Fällen von Neuralgieen, bei Schlaflosigkeit auf nervöser Basis, sowie Melancholie.	Es ist vor allen Dingen indiziert bei einfacher Insomnie, wie auch bei Schlaflosigkeit infolge schwererer, mit Depression oder Erregungszuständen verbundener Erkrankungen des Nervensystems. Mit Dionin kombiniert, auch bei Schmerzzuständen bewährt.

Literatur steht zu Diensten!

E. MERCK-DARMSTADT.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 13. 20. Juni **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Fürsorgeerziehungstag und Psychiatrie.

Von Professor Dr. *Dannemann* in Gießen.

Vom 7. bis 10. Juli d. Js. wird zu Straßburg i. Els. laut jetzt zur Versendung gelangtem Programm der diesjährige Fürsorgeerziehungstag abgehalten werden. Es dürfte wohl angebracht sein, bei dieser Gelegenheit einmal wieder von psychiatrischer Seite zu betonen, wie wünschenswert es gewesen wäre, wenn, wie es vor zwei Jahren in Breslau geschehen ist, so auch jetzt wieder der Arzt zu Worte gekommen wäre, bezw. wenn der Vorstand einen Psychiater um ein Referat angegangen hätte. Das Programm kündigt zahlreiche Vorträge von pädagogischer und theologischer Seite an (Petersen-Hamburg, Licht und Schattenseiten der Familienerziehung; Seiffert-Strausberg, Berufsausbildung der schulentlassenen männlichen Zöglinge; Berichte von Siebold-Bielefeld, Werthmann-Freiburg, Rohr-Sieversdorf usw.) und verzeichnet auch ein Referat Polligkeits (des bekannten juristischen Leiters der Frankfurter Zentrale für private Fürsorge) über „die Abhängigkeit des Erfolges der Zwangserziehungsgesetzgebung von einer Reform des Armen- und Strafrechts". Aber die Psychiatrie ist dieses Mal absolut ausgeschaltet, obgleich gerade in der seit der Breslauer Tagung verstrichenen Frist von psychiatrischer Seite nicht gerastet, vielmehr wertvolles Beweismaterial für die Notwendigkeit psychiatrischer Mitwirkung von berufenster Seite gesammelt worden ist. Es sei hierzu nur an die Ausführungen Kluges auf der Psychiaterversammlung zu Frankfurt im Vorjahre erinnert, oder an Cramers verdienstvolle Durchsichtung der Fürsorgeerziehungszöglinge der Hannoverschen Anstalten. — Die sogen. freie Konferenz der Berufsarbeiter und Freunde des Fürsorgeerziehungswesens hätte somit wohl Grund gehabt, auch diesmal ein ärztliches Referat vorzusehen und damit das ihrige dazu beizutragen, daß die Fühlung zwischen den Pädagogen und Theologen einerseits und den Psychiatern andererseits endlich zum Vorteil des gesamten Erziehungswesens eine innigere werden möchte. — Die Entschuldigung, daß kein Arzt den Versuch einer Annäherung durch Anerbieten eines Referates gemacht habe, ist, angenommen, sie würde vorgebracht werden, nicht stichhaltig, da nach mir von seiten eines Kollegen zugegangener Mitteilung ein Vortrag über ein allgemeines Interesse besitzendes Thema offeriert worden ist. Der Ortsausschuß von Straßburg hat nun zwar den Versuch gemacht, Ärzte zum Eintritt in den Repräsentationsausschuß zu bewegen (in welchem Umfange dies geschehen, ist mir allerdings unbekannt geblieben), und so verzeichnete denn der Entwurf des Einladungsformulars ursprünglich den Namen des Herrn Kollegen Moses-Mannheim und den meinigen. Nachdem wir aber konstatiert hatten, daß das Programm jeglicher Beziehung zur Medizin entbehrte, veranlaßten wir die Ausmerzung unserer Namen, um nicht den Eindruck zu erwecken, wie wenn wir mit dieser Ausschaltung ärztlicher Interessen einverstanden wären. — Im Vorstande der Konferenz ist die Medizin seither nur durch einen Arzt, den Herrn Kollegen Tippel von Kaiserswerth, vertreten. Wenn den Erziehungsvereinen und den Vorständen der Rettungshausverbände die von einzelnen ja längst gewünschte und direkt herbeigeführte ärztliche Mitwirkung an der Erziehungsarbeit wirklich generell willkommen ist, dann wäre es sehr an der Zeit, daß der Vorstand bei seiner Tagung in Straßburg Ärzte kooptierte, die dann dafür Sorge zu tragen hätten, daß künftighin bei den großen Versammlungen vor den Interessenten (Hausväter, Fürsorger, Vereinsinspektoren, Lehrer usw. führt die Einladung als solche an) auch in gemeinverständlicher Weise das eine oder andere wichtige Kapitel aus der Psychopathologie des Kindes vorgetragen würde.

Mit der einmaligen Darstellung der generellen Beziehungen zwischen Psychiatrie und Fürsorgeerziehung, wie sie 1906 Neißer in Breslau übernommen hatte, ist diese Sache nicht erledigt. — Man bringt den ärztlichen, speziell den psychiatrischen Bestrebungen im pädagogisch-theologischen Lager leider immer noch nicht auf allen Seiten das Maß von Sympathie entgegen, welches wir so gern finden möchten und für unerläßlich für ein ersprießliches Gedeihen gemeinsamer Arbeit halten. Gelegentlich ist sogar noch in ganz jüngster Vergangenheit nicht ohne Animosität im Gegenlager die Frage erörtert worden, ob man sich die Mitwirkung der Psychiater auf diesem Gebiete „gefallen lassen solle“. Das ist bedauerlich und sollte aufhören. Es wird aufhören, wenn diejenigen Mitglieder des Vorstandes, welche im Psychiater nicht mehr den Konkurrenten und Gegner, sondern den beratenden Freund erblicken, in Straßburg im Sinne der angedeuteten zeitgemäßen Ergänzung ihr Wort in die Wagschale werfen würden. Auch von gemeinsamer literarischer Arbeit darf man vielleicht Gutes erhoffen. Die Firma Carl Marhold Verlagsbuchhandlung hat sich mit erheblichen Opfern zur Herausgabe eines demnächst erscheinenden „Handbuches der Heilpädagogik“ bestimmen lassen, an welchem eine große Anzahl von Pädagogen sowohl wie auch Ärzten mitgearbeitet hat. Bleibt aber bezüglich der Zusammensetzung und der Intentionen des Vorstandes der Konferenz alles beim alten, so darf letzterer sich nicht wundern, wenn in Bälde einmal von ärztlicher Seite die Abhaltung eines Fürsorgeerziehungstages ins Auge gefaßt wird. Selbstverständlich wird die Hinzuziehung derjenigen im Erziehungswesen tätigen Pädagogen und Theologen nicht unterbleiben, welche sachlich genug veranlagt sind, um die Wichtigkeit gemeinschaftlichen Strebens auf diesem Gebiete, die Notwendigkeit einer Berücksichtigung der hier in Frage kommenden medizinischen Momente und die Bedeutung ärztlicher Mitarbeit erkennen zu können.

Aus der Universitätsfrauenklinik Zürich.

Beiträge zur Kenntnis der Hyperemesis gravidarum.

Von *E. Hermann Müller.*

(Fortsetzung.)

Status praesens. Anämie. Schlaffe Muskulatur, schwindendes Fettpolster, Haut trocken, Augen eingesunken, Sensorium frei. Abdomen flach, über dem Nabel eingesunken, weich. Magen klein, Pylorusgegend druckempfindlich. Milz kaum vergrößert. Fundus uteri 3 Querfinger breit über der Symphyse. Uterus in Anteflexion mit Winkelsteifigkeit, am Orificium externum kleine Erosion; Größe entsprechend dem IV. Monat. — Puls frequent, filiform. Temp. normal. Schlaf gestört. Urin hochgestellt, spärlich, ohne pathol. Bestandteile.

Therapie. Vergl. No. 12. Statt Milch Kefir.

Verlauf. Erbricht fast stets, trotz des am 20. II. vorgenommenen Aborts. Zunehmender körperlicher Verfall. 3. III. Nachts unruhig, hier und da delirös. Nachmittags 3 h. ziemlich starkes Erbrechen, klagt über außerordentliche Schwäche. Puls nicht fühlbar. Subkutan physiologische Kochsalzlösung, $^1/_2$ stdl. Kampfer und Coffein. Kollaps nimmt überhand. 4. III. 3^{10} a. m. Exitus.

Sektion. Kopf und Brustorgane normaler Befund. Milz wenig vergrößert. Leber, Nieren und Blase normal. Magen: Inhalt schleimige Flüssigkeit. Schleimhaut glatt, etwas injiziert, sonst blaß, am Pylorus kirschgroße Tumoren, ebenso etwas davon entfernt mehrere Tumorknoten. Darm ohne pathol. Befund. Genitalapparat normal, Uterus puerperal.

Fall 15. 30 J., Glätterin, Zürich III. 3. XII. bis 22. XII. 1900. Anamnese. Eine Schwester hochgradig nervös. Als Kind Masern, sonst stets gesund. Menses mit 20 Jahren, unregelmäßig, alle 2 bis 3 Monate. 4 bis 8 Tage dauernd, mittelstark, stets mit Schmerzen. Hat 1895 und 1898 normale Geburten und Wochenbetten. In beiden Schwangerschaften sehr häufiges Erbrechen. Ein Kind lebt, gesund, das andere an Gichtern gestorben. Beide gestillt. Seit Mai 1900 im Anschluß an eine Periode heftige, stechende Schmerzen in beiden Fossae iliacae und starke Kreuzschmerzen; ärztliche Diagnose: Doppelseitige Eierstockentzündung. Seit Mitte Juli 1900 dritte Schwangerschaft. Seit 4 Wochen heftige Kopfschmerzen, starkes kopiöses Erbrechen, 5- bis 6mal täglich, auch außerhalb der Mahlzeiten. Rapider Kräfteverfall. Starke Hitzen, häufig Schüttelfröste. Seit 3 Monaten zeitweise gelblich-grüner, dickflüssiger Ausfluß; bei der Miktion brennende Schmerzen. Obstipation. Schlaf und Appetit schlecht. Vor 14 Tagen richtete Herr Prof. Wyder in der Sprechstunde eine Gebärmutterknickung auf.

Status praesens. Grazil. Schwache Muskeln, geringes Fettpolster, gutes Aussehen. Genitalien: Uterus stark anteflektiert, entspricht dem IV. Monat. Adnexe sehr druckempfindlich. Viel dicker, gelber Ausfluß. — Temp. normal. Puls stark beschleunigt, voll, etwas weich. Urin klar, ohne pathologische Bestandteile. — Tremor der Arme. Pylorusgegend angeblich druckempfindlich.

Therapie. Vergl. Nr. 12.

Verlauf. Erbrach in der Klinik nur einmal, kurz nach dem Eintritt. Am 9. XII. Schleimsuppe, 10. XII. Hackfleisch,

16. XII. Wöchnerinnen-Kost. Stand am 17. XII. auf. Geheilt entlassen.

Fall 16. 31 J., Hausfrau, Effretikon. 24. VIII. 01 bis 28. IX. 01. Anamnese. Nie eigentlich krank. Menses mit 14 Jahren, regelmäßig, alle 4 Wochen, 6 Tage dauernd, nicht profus, seit der ersten Geburt ohne Beschwerden. 1891 erste Gravidität, erbrach in der ersten Hälfte jeden Morgen, später nicht mehr. Forzeps. Im Wochenbett Blasenschmerzen und übelriechende Lochien. 13. VI. 01 letzte Periode, 6 Wochen später häufiges Erbrechen, das sich bald so steigerte, daß keine Nahrung gehalten wird. Jede Therapie versagte. -- Schlaf in letzter Zeit schlecht. Appetitlosigkeit. Obstipation. Miktion normal.

Status praesens. Etwas anämisch; gute Muskulatur und Fettpolster. Macht hysterischen Eindruck. Genitalien: etwas Fluor albus, entsprechend dem III. Monat.

Therapie. Vergl. Nr. 12.

Verlauf. 24. bis 26. VIII. 01. Erbricht täglich immer noch einige Male. Klagt über Schleim im Hals. Die Milch mache schlechten Geschmack im Munde, deshalb Brechreiz. Morgens nüchtern ein Glas Karlsbader Wasser. 27. bis 29. VIII. erbricht mehr, deshalb Diätwechsel. Schinken und Zwieback. Erbricht weniger, stets geringe Mengen. Fühlt sich außerhalb des Bettes recht müde. Häufiges Erbrechen am 8. und 9. IX., sofort Milchdiät, erbricht am 10. bis 12. IX. nur noch am Morgen. 13. bis 28. IX. kein Erbrechen, völliges Wohlbefinden. Entlassung.

Fall 17. 30 J., Hausfrau, Pfäffers. 11. VIII. 01 bis 19. VIII. 01. Anamnese. Außer Bleichsucht stets gesund. Menses mit $12^1/_2$ Jahren, zuerst alle 2 Wochen, später alle 4 Wochen, 8 Tage dauernd, profus, nicht schmerzhaft. Erste Schwangerschaft 1899, in der ersten Hälfte viel Erbrechen, später nur morgens, keine Entkräftung, häufiger Ortswechsel (Luftkuren etc.) wirkte günstig; Geburt und Wochenbett normal. Seit Anfang Mai 01 wieder gravid. Schon Anfang Juni häufiges, zunehmendes Erbrechen, auch außerhalb der Mahlzeiten. In den letzten 14 Tagen Gewichtsverlust von 25 Pfund. Führte das Erbrechen auf Ärger im Geschäft zurück. Nie magenleidend, keine Schmerzen, nie Appetitlosigkeit, nie belegte Zunge. Schlaf schlecht, da sie auch nachts erbricht. Defäkation und Exurese in Ordnung.

Status praesens. Sehr gut genährte, kräftige Frau, jetzt anämisch. Leichte parenchymatöse Struma. Genitalien: Uterus entsprechend dem III. Monat, am Orificium externum (untere Lippe) Erosion, Adnexe und Parametrien normal. Mäßige Inversion beider Vaginalwände, Fluor albus. Urin hochgestellt, flockig getrübt, kein Eiweiß.

Therapie. Vergl. Nr. 12.

Verlauf. 11. bis 15. VIII. Erbricht jeden zweiten Tag, einmal geringe Mengen Milch und Suppe gut ertragen. Vom 15. VIII. an volle Kost. 15. bis 19. VIII. erbricht nicht mehr, an einen Luftkurort entlassen.

Fall 18. 23 J., Hausfrau, Zürich III. 8. VII. bis 22. VII. 01.

Anamnese. Mutter starb an Lungenschwindsucht; eine Schwester herzkrank. Pat. nie krank. Menses mit 17 Jahren, bis zur Heirat unregelmäßig, seither alle 4 Wochen, 8 Tage dauernd, nicht profus, ohne Schmerzen. Geburten Jan. 1899, Februar 1900, Febr. 1901. Schwangerschaften etc. normal. Die Kinder gesund; letzte Periode am 15. IV. 01; 4 Wochen später Erbrechen, anfänglich den Morgenkaffee wie früher, seit 4 Wochen aber alles. Nach dem Essen Magenbrennen und Magenschmerzen, die nach dem Kreuzbein hinstrahlen und nach dem Erbrechen verschwinden. Außerhalb der Mahlzeiten, auch nachts, besonders in Seitenlage Erbrechen grünlichgelber, stark schleimiger Flüssigkeit; die Speisen fast unverändert. Bedeutender Kräfteverfall, kann nicht mehr die Treppe steigen. Schlaf schlecht. Appetitlosigkeit. Viel Durst. Obstipation. Bei der Miktion Schmerzen in abdomine.

Status praesens. Grazile, magere Frau, gutes Aussehen. Gebiß fast vollständig, untere Reihe intakt, obere hochgradig kariös. Zunge stark belegt, feucht. Magengegend berührungs- und druckempfindlich, auch in der schmerzfreien Zeit. Magen wahrscheinlich wenig erweitert. Sonst normaler Abdominalbefund. Genitalien: Uterus entspricht dem V. Monat, an der Portio Erosion. Linkes Ovarium vergrößert, druckempfindlich, fixiert, rechtes Ovarium, Parametrien und Vagina normal. — Temp., Puls und Urin normal.

Therapie. Vergl. Nr. 17.

Verlauf. Kein Erbrechen in der Anstalt. Appetit und Allgemeinbefinden bessern sich rasch. Die Druckempfindlichkeit der Magengegend bald verschwunden.

Fall 19. 29 J., Hausfrau, Zürich. I. Aufnahme 20. III. bis 7. IV. 01. II. Aufnahme 4. VI. bis 26. VII. 01.

I. Anamnese. Pat. uneheliches Kind. Seit frühester Jugend häufiges Erbrechen, nach eiligem Frühstück regelmäßig in der Schule Erbrechen. Nach der Entlassung aus der Schule bleichsüchtig, Schwäche in den Beinen. Atemnot beim Steigen, alljährlich Luftkur. Menses mit 16 Jahren, vierwöchentlich, 4—5 Tage dauernd, stark. 1897 erste Schwangerschaft, bis zum 5. Monat anfallsweise häufiges Erbrechen. Auf ärztlichen Rat meist zu Bett. Geburt normal. Seit der ersten Geburt allgemeines Schwächegefühl, besonders im Sommer. Viel häuslichen Ärger. Seit Ende Januar 1901 zweite Gravidität. Erbricht seit Mitte Januar täglich, bis mittags im Bett. Schmerzen in abdomine. Mutter erbrach als Gravida jeweils sehr heftig.

Status praesens. Mäßiger Ernährungszustand, gutes Aussehen. Zunge belegt, starker Foetor ex ore. Genitalien entsprechend dem 3. Monat. Viel dicker, weißer Fluor. Urin mit dem Katheter genommen: hochgestellt, stark trüb, kein Eiweiß, kein Zucker, Eiterkörperchen, Blasenepithelien, massenhaft Bakterien.

Therapie. Vergl. Nr. 12. Lauwarme Wickel auf das Abdomen.

Verlauf. 20. bis 23. III. nie Erbrechen. Erbricht am 24. nach Diätfehler, später kein Erbrechen. 25. III. klagt über Hunger. Diät unverändert. 31. III. Milchgries und Milchreis. 5. IV. Eier, gehacktes Fleisch. 6. IV. steht auf. 7. IV. gegen Revers entlassen.

II. Anamnese. Nach Verlassen der Klinik bis Anfang Mai Wohlbefinden, wieder Appetitlosigkeit infolge strenger Arbeit und vielem Ärger, bald wieder alles erbrochen, auch die Medikamente. Anfälle von Schwäche, Ohnmachten.

Therapie. Vergl. Nr. 12.

Verlauf. 4. bis 6. VI. erbricht alles, das Erbrochene säuerlich, gallig gefärbt. Erbricht vom 7. VI. an nicht mehr. 13. VI. auf Wunsch der Pat. Suppe, viel Milch. — Pat. meint je am 4. Tag erbrechen zu müssen, erbrach aber erst am 6. Tag nach Verabreichung fester Speisen und zwar nicht mehr als andere Schwangere. An diesem Tage fühlte sie sich schlecht. Viel Wert legt sie auf die Brommixtur, aber das versuchsweise gegebene Karlsbader Wasser tut ebensogute Dienste. Steht täglich einige Stunden auf, Appetit ordent-

lich, gute Gesichtsfarbe. Trotz gewöhnlicher Kost kein Erbrechen.

Fall 20. 24 J., Hausfrau, Schlieren. 2. VIII. bis 23. VIII. 01.

Anamnese. Schwächlich, nie ernstlich krank. Bleichsucht mit 17 Jahren. Menses mit 12 Jahren, regelmäßig alle vier Wochen; ohne Beschwerden. Setzte einmal vorübergehend aus, dann Fluor albus. 1900 erste Schwangerschaft, sehr häufiges Erbrechen bis im 8. Monat nach Überanstrengung Abort. Seither stets in ärztlicher Behandlung wegen Schmerzen in der Leistengegend, Fluor albus und Blutungen. Vorübergehende Besserung, wechselt öfter den Arzt. Behandlung: Ätzungen und Spülungen. Mitte Juni Beginn der zweiten Gravidität, 8 bis 14 Tage post coitum Erbrechen, anfänglich schwach, aber stets zunehmend, seit letzter Woche keine Nahrung ertragen.

Zunehmende Schwäche und Müdigkeit, auch „Ohnmachtsanwandlungen".

Status praesens. Anämische, magere Pat. Zunge belegt. Kleine Struma. Brüste juvenil. Der obere Teil der Bauchdecken angeblich druckempfindlich. Wegen Hysterie, Verdacht keine Untersuchung der Genitalien. Defäkation und Exurese, Puls, Temperatur, Urin normal.

Therapie. Vergl. Nr. 12.

Verlauf. 2. bis 4. VIII. Erbrach noch mehrfach nach dem Essen. Pat. ist aufgeregt, soll daher konstant die Rückenlage einnehmen; Milch in der Schnabeltasse gereicht. Erbricht seither nicht mehr, rasche Rekonvaleszenz. 20. VIII. steht auf. Bei der Entlassung normaler Genitalstatus, Gravidität im dritten Monat.

Fall 21. 30 J., Bäuerin, Zumikon. 25. IX. 03 bis 15. X. 03.

Anamnese. Als Kind häufig Halskatarrhe, in jungen Jahren Pneumonie, 1892 und 93 Nephritis, 1899 Brustfellentzündung. Seit 14 Tagen Husten wegen des andauernden Erbrechens. Kein Auswurf. Schlaf ordentlich. — Menses mit 12 Jahren, alle vier Wochen, 3 bis 4 Tage dauernd, spärlich, ohne Schmerzen bis zur Verheiratung 1891, seither stets müde, hie und da Herzklopfen, viel Kopfschmerzen, blasses Aussehen. 1891, 1896, 1897 (Kind stirbt 22 Wochen alt an Gichtern), 1898, 1900 normale Geburten; 1893 Frühgeburt im achten Monat wegen Nephritis, Kind lebt. 1894 Abort in der 14. Woche nach Sturz von einem Baum. 1902 Abort im dritten Monat, stark stinkender Ausfluß, hohes Fieber, lag sechs Wochen vor und vier Wochen nach der Ausräumung des Aborts zu Bette wegen andauernden Fiebers. Seit 1896 Scheidenvorfall, Ring gut ertragen. Seit dem letzten Abort wegen Beschwerden den Ring entfernt; am 17. X. 02 Prolapsoperation in der hiesigen Klinik. Die Menses seither unregelmäßig, schwach, schmerzlos, viel stinkender weißer Ausfluß.

Letzte Periode Mitte Juli 1903; wegen konstanter Druckempfindung in abdomine, übelriechendem Ausfluß und allgemeiner Schwäche Kur in Rheinfelden; dort nach einer Woche Auftreten von Erbrechen. Zu Hause vier Wochen zu Bett, Diät (Haferschleim, Nestle-Mehl, warme Milch), trotzdem alles erbrochen. Kräfteverfall, Herzklopfen, Kopfschmerzen, Husten. Behufs Einleitung des künstlichen Aborts Transferierung in die Klinik.

Status praesens. Abgemagerte anämische Frau. Herz: nicht vergrößert, keine Geräusche, alle Töne dumpf, Aktion beschleunigt. Mammae atrophisch. Genitalien entsprechend dem dritten Monat, Puls 90. Temp. normal. Urin: Kein Eiweiß, kein Zucker, schwach getrübt, Plattenepithel, Leukozyten (Zystitis). Appetitlosigkeit.

Therapie. Vergl. Nr. 12.

Verlauf. 25. bis 30. IX. Brechreiz gering, erbricht nie. Wohlbefinden 3. X. Wehen, ordentlicher Appetit. Unter andauernden Wehen und starker Blutung wird am 4. X. 2 h. p. m. ein leicht mazerierter Fötus von drei Monaten ausgestoßen. Plazenta digital entfernt. 5. bis 15. X. erbricht nie mehr, völlige Heilung.

Fall 22. 31 J., Hausfrau, Winterthur. 23. VI. bis 1. VIII. 03.

Anamnese. Als Kind Masern und Diphtherie, bis zur Verheiratung Bleichsucht. Menses mit 13 Jahren, stets unregelmäßig, meist nur alle drei Monate, solange Pat. zu Hause war; bei vorübergehendem Aufenthaltswechsel traten sie sofort ein, mit 16 J. einjährige Pause. Dauer 3 bis 4 Tage, mäßig stark, beim Eintritt meist heftige „Migräne" mit Sitz vorn auf dem Stirnbein, erst wenn Pat. sich erbrechen konnte, ließen die Schmerzen nach. In den ersten zwei Tagen stets Leib- und Kreuzschmerzen. Diese Verhältnisse bestanden bis zum Eintritt der Gravidität. Seit neun Jahren steril verheiratet; vor sechs Jahren deswegen operiert, vor drei Jahren wegen Oophoritis mit Tampons behandelt. — Letzte Periode Anfang Februar 1903. Seit Ende April Magenbeschwerden, Ekel vor allen Speisen, aß sie trotzdem, so mußte sie erbrechen; auch sonst Brechreiz, öfter Erbrechen galliger Flüssigkeit. Der Arzt, der damals die Gravidität noch nicht sicher feststellen konnte, verordnete verschiedene Medikamente, die aber sofort erbrochen wurden. Nach einigen Wochen wurde die hochgradig entkräftete Pat. zur Einleitung des künstlichen Aborts in die Klinik gewiesen.

Status praesens. Starke Abmagerung, kachektisches Aussehen. Ikterus der Gesichtshaut: Haut trocken. — Gesichtsausdruck nervös. — Zunge belegt, trocken, Konjunktiven sehr blaß; Skleren ikterisch. Abdomen: Empfindlichkeit im ganzen etwas erhöht (Folge der Brechbewegungen). Genitalien normal, entsprechend dem dritten Monat. Harn spärlich, leicht getrübt, deutlich gallig verfärbt, leicht schäumend, kein Eiweiß. Puls 130, regelmäßig, relativ kräftig. Temp. normal.

Therapie. Vergl. Nr. 12. Kein Besuch außer vom Mann. — Kontrolle der Harnmengen.

Verlauf. Harnmengen: 400, 220, 900, 530, 550, 700, 700.

23. bis 25. VI. Alles erbrochen, völlig unverdaut, mit Galle gemischt. Der Puls geht bald etwas zurück. 26. VI. Nährklysmen, die nur bei Ruhigstellung des Darmes durch Opium-Suppositorien gehalten werden. 29. VI. Erbrechen seltener, Kefir ziemlich gut ertragen, Aussehen besser, Puls 100. 3. VII. Seit zwei Tagen kein Erbrechen, erhöhtes Hungergefühl; Milch wiedersteht, deshalb mit Kaffee gemischt. Probeweise Schleim, Gries, Eierspeisen. Fühlt sich bedeutend wohler, fängt schon an Briefe zu schreiben, was aber „natürlich" sofort verboten wurde. 9. bis 10. VII. Seit zwei Tagen Krämpfe in abdomine, offenbar Wehen, deshalb Opium gegeben; gestern Erbrechen. Flüssige Diät. 15. VII. Wieder besser, wieder sehr unruhig, will aufstehen, hält sich für gesund, Liegen auf der Veranda gestattet. 20. VII. Ohne Erlaubnis geht Pat. umher, was ihr höflich aber bestimmt verwiesen wird, da sie noch sehr angegriffen aussieht. Heute auch wieder heftige Unterleibskrämpfe. Bettruhe, Opium. 22. VII. Uterus noch nicht zur Ruhe gekommen, zwar kein Blutabgang. Fundus jetzt handbreit über der Symphyse.

Kindliche Herztöne nicht hörbar. Eiweiß nicht vorhanden. 26. VII. Allgemeinbefinden bedeutend besser, Pat. hat wesentlich zugenommen. Seit einigen Tagen volle Kost und sehr guten Appetit. Macht immer noch sehr nervösen Eindruck. 1. VIII. Entlassung: Genitalien völlig normal. Allgemein-Befinden, Appetit und Ernährungszustand gut. Kein Eiweiß im Urin. — Soll sich noch sehr schonen, nicht arbeiten und bei der geringsten Andeutung von Krämpfen Bettruhe beobachten und den Arzt zuziehen.

Fall 23. 23 J., Glätterin, Zürich III. 28. V. 04 bis 22. VI. 04.

Anamnese. Masern, mit 16 J. Bleichsucht mit häufigem Erbrechen. Menses mit 14½ Jahren, regelmäßig alle 3½ Wochen, vier Tage dauernd, ohne Schmerzen. Letzte Periode vom 3. bis 7. IV. 04. Im März dieses Jahres Obstipation mit „Magenkrämpfen" wegen schlechter Kost. Seit Beginn der Gravidität beim Aufstehen Brechreiz und Würgen im Halse; nüchtern nur Schleim, sonst die Speisen sofort erbrochen. Beschwerden bis gegen 9 bis 10 Uhr morgens. Allmählich Erbrechen nach allen Mahlzeiten, schließlich nur noch Kefir ertragen. Ein Ärztin legte einen Ring ein, schickte sie ins Bett, kein Erfolg. Ein Arzt hatte zweimal Blutbrechen konstatiert, schickte sie in die Klinik. — Seit einigen Tagen Harndrang und Schmerzen beim Wasser lösen. — Von Anfang an Obstipation.

Status praesens. Grazile, anämische Person, mit schlaffer Muskulatur, geringem Fettpolster. Sensorium frei: Zunge trocken, weißlich belegt. Magengegend etwas druckempfindlich. Genitalien dem zweiten Monat entsprechend, normal, der Uterus aber in spitzwinkliger Anteflexion. Temperatur normal. Puls langsam, regelmäßig, gut gefüllt; Urin klar, ohne Eiweiß.

Therapie. Vergl. Fall 12.

Verlauf. Erbrach in der Nacht vom 28. zum 29. V. zweimal stark säuerlich riechende Massen, das erste Mal Milch, das zweite Mal Schleim, kein Blut. Am 29. alles erbrochen, deshalb am 30. V. zwei Milchkochsalz-Klistiere, nichts per os Kopfschmerz, Zunge weißlich belegt; Schleim, Brom abends erbrochen. 31. V. kein Erbrechen, abends schluckweise in Eis gekühlte Milch. 1. bis 2. VI. Nahrung per os, kein Erbrechen; Brom per Klysma. 3. bis 4. abends einmal und morgens (4. VI.) zweimaliges Erbrechen aus leerem Magen, alle Speisen werden gehalten. 5. bis 9. VI. kein Erbrechen, seit dem 6. VI. kein Brom mehr 10. VI. morgens Brechreiz, erbricht dann zweimal, abends aber wieder völlig wohl, Brom. 11. bis 13. VI. kein Erbrechen oder Brechreiz, Wohlbefinden. 14. VI. morgens und 15. VI. den ganzen Tag Brechreiz, doch kein Erbrechen. 16. VI. erbricht am Morgen zweimal. 17. bis 18. VI. erbricht nicht, erst abends 18. VI. geschmuggelte Kirschen. 19. bis 22. VI. Allgemeinbefinden befriedigend, keine Anämie, am 22. VI. unruhig, stets Brechreiz; auf Verlangen des Mannes entlassen.

Fall 24. 31 J., Hausfrau, Affoltern a. Alb. 14. XI. 04 bis 9. XI. 04.

Anamnese. Als Kind Typhus, vor einigen Jahren Appendizitis. Menses mit 17 Jahren, regelmäßig alle vier Wochen, vier bis fünf Tage dauernd, vor der ersten Geburt schmerzhaft, seither nicht mehr. Erste Schwangerschaft 1901, erbrach in den ersten fünf Monaten täglich mehrmals, meist am Vormittag. Zweite Schwangerschaft 1902, wenig Erbrechen, dagegen sehr häufig während der Geburt und den zwei ersten Tagen des Puerperiums, sonst aber nichts Abnormes. — Beide Kinder selbst gestillt, leben. — Bis Ende September 1904 menstruiert, aber schon seit Juli und August Magenbeschwerden; anfänglich nur Aufstoßen. Am I. September morgens nüchtern Erbrechen, so daß Pat. sich damals für gravid hielt. Seit 14 Tagen häufiges Erbrechen von Galle und Schleim zu jeder Tageszeit, alle Mahlzeiten werden erbrochen. Starke Abmagerung angeblich um 13 Pfund. Appetitlosigkeit. Schlaf gut. Enurese in Ordnung. Obstipation.

Status praesens. Grazile, magere Frau, Gesicht ziemlich gerötet. Thorax lang, schmal, Brüste klein, wenig Drüsensubstanz. Rechte Lunge normaler Schall; linker Oberlappen: verkürzter Perkussionsschall, Exspirium verlängert und verschärft. Über dem Magen geringe, nicht streng lokalisierte Druckempfindlichkeit. Genitalien entsprechend dem zweiten bis dritten Monat. Puls und Temp. normal. Urin klar ohne abnorme Bestandteile.

Therapie. Vergl. Nr. 12.

Verlauf. 14. bis 16. XI. erbricht nicht, ständig Brechreiz, belegte Zunge, morgens nüchtern ein Glas heißes Karlsbader Mühlbrunn. 17. XI. nach dem Karlsbader Wasser ca. ein Löffel voll Schleim erbrochen, heute kein Brechreiz; abends Brom erbrochen, da es schlecht schmeckt, in Siphon gut ertragen. 18. XI. kein Erbrechen, klagte über pappigen Geschmack im Mund. 19. XI. Brom wieder erbrochen, deshalb in gleicher Dosis per Rectum, gut ertragen. 20. bis 24. XI. völliges Wohlbefinden und kein Erbrechen, deshalb Milchgries, Reis und Schleimsuppe. 25. XI. wieder frühere Diät, da Pat. am Morgen ca. 100 ccm Schleim erbrach. 26. XI letztes Erbrechen in der Klinik. Täglich zwei Eßlöffel Brom per os. Appetit ordentlich. 1. XII Hackfleisch und Mehlspeisen. 4. XII. steht auf. Verläßt das Krankenhaus am 9. XII. als geheilt, soll zu Hause die Diät halten und Brom nehmen.

Fall 25. 24 J., Hausfrau, Uitikon a. See. 19. VIII. 04 bis 4. IX. 04.

Anamnese. Als Kind Masern, Hirnentzündung, Rhachitis. Menses mit 15 Jahren regelmäßig alle vier Wochen, ohne Schmerzen, drei bis vier Tage, seit der ersten Geburt acht Tage dauernd. Erste Schwangerschaft 1900, bis kurz vor der Geburt sehr häufiges Erbrechen, wegen starker Entkräftung Ernährung per Rectum. Geburt rechtzeitig, spontan; Wochenbett gut. Nie Eiweiß im Urin. Seither zwei Aborte im dritten Monat, der letzte im Februar 1904: nachher sechs Wochen in Locarno wegen Lungenkatarrh. Seit Mitte April zum vierten Male schwanger. Schon im Mai Erbrechen, trotz häufigem Liegen bei jeder Aufregung. Pat. fühlt sich matt und entkräftet. Nach Arztbericht schlechte eheliche Verhältnisse, mangels der nötigen Ruhe und Schonung ist Abort zu befürchten.

Status praesens. Grazil, mager; Aussehen gut, Pectus carinatum. Herz erster Mitralton unrein. Lunge: Linke Spitze retrahiert, sonst kein abnormer Befund. Keine innere Untersuchung der Genitalien bei der Aufnahme. Kein Fluor. Puls und Temp. normal. Harn klar, ohne pathol. Bestandteile.

Therapie. Bettruhe. Blande Diät. Kein Wein.

Verlauf. 20. VIII. Morgens früh etwas Galle und Schleim erbrochen, keine Speiseteile im Erbrochenen. Tagsüber kein Erbrechen. Etwas Fleisch. Steht am 24. VIII. auf. Erbricht nie. Allgemeinbefinden sehr gut. Innere Untersuchung der Genitalien ergibt völlig normale Verhältnisse entsprechend dem fünften Monat.

Fall 26. 21 J., Jgfr., Modistin, Winterthur. 25. VII. 04 bis 8. VIII. 04.

Anamnese. Als Kind Masern, Scharlach, Keuchhusten, chron. Magendarmkatarrh. Mit 17 J. Peritonitis, im Anschluß

daran Menses. Diese stets unregelmäßig postponierend, manchmal fünf Monate ausbleibend (zumal bei Ortswechsel), stets starke Schmerzen, zwei später drei Tage dauernd. Im Winter 1900/1901 Pleuritis sicca, seither mit wechselnder Intensität Husten. Letzte Periode 16. X. 04, mit Beginn der Gravidität sehr häufiges Erbrechen; Husten quälender. Vom 14. VI. bis 14. VII. 04 deswegen zu Bett. Verlor seit Beginn der Gravidität 20 Pfund Körpergewicht Schlaf ordentlich, keine Nachtschweiße. Obstipation.

Status praesens. Mäßiger Ernährungszustand Wangen eingefallen, hochrot. Paralytischer Thorax. Brüste klein, wenig Drüsensubstanz. Lungen: Links hinten und oben verkürzter Lungenschall, Atemgeräusch abgeschwächt, vereinzelte feinblasige Rasselgeräusche. Atmung vesikulär, verschärftes Exspirium. Rechts kein abnormer Befund. Genitalien normal entsprechend dem III. Monat. Kein Fluor.

Therapie. Bettruhe. (Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Nordostdeutscher Verein für Psychiatrie und Neurologie**. Fünfzehnte Sitzung, Montag, den 29. Juni 1908, 11 Uhr vormittags im „Danziger Hof" zu Danzig.

Tagesordnung:

I. Referat: Einweisung, Festhaltung und Entlassung von gemeingefährlichen, bezw. nach § 51 St. G. B. freigesprochenen Geisteskranken in Anstalten. — Referenten: die Herren Puppe-Königsberg i. Pr. und Stoltenhoff-Kortau.

II. Vorträge:

1. Herr Tomaschny-Treptow a. R.: Der Kopfschmerz bei der Dementia praecox.
2. Herr A. Wallenberg-Danzig: Über die Bedeutung der Hauben-Commissur der Flocculi.
3. Herr Lauschner-Treptow a. R.: Beitrag zu einer Pflegerfrage.
4. Herr Mercklin-Treptow a. R.: Paranoiafragen.

Sonntag, den 28. Juni, abends: Zwanglose Zusammenkunft im „Ratskeller".

Nach der Sitzung Mittagessen mit Damen im „Danziger Hof". (Gedeck 3,50 M.) Anmeldungen mit Angabe der Zahl der Gedecke bis zum 25. Juni an den mitunterzeichneten Geschäftsführer Merklin-Treptow a. R. erbeten. Nach dem Essen Ausflug nach Zoppot.

Die Geschäftsführer:
Mercklin-Treptow a. Rega. Schauen-Schwetz.

— **Bericht** über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** zu Berlin am 24. und 25. April 1908.

1. Sitzung, Freitag den 24. April, vormittags 9 Uhr.

Der Vorsitzende Moeli-Berlin begrüßt die zahlreich erschienenen Teilnehmer und gedenkt der im letzten Jahre verstorbenen Mitglieder: Des Ehrenmitgliedes des Vereins Hitzig, Wildermuth, Mendel, Brückner, Ullrich, Heimann, Baer. Die Anwesenden erheben sich zu Ehren der Verstorbenen von ihren Sitzen.

Der Vorsitzende verliest alsdann die Begrüßungstelegramme von Binswanger, Schüle, Siemerling, Thomsen und Ziehen.

Es folgen die Berichte von Bleuler und Jahrmärker über Dementia praecox. Die Vortragenden faßten ihre Ausführungen in folgenden Thesen zusammen:

„I. 1. Kraepelins Dementia praecox umfaßt Krankheitsfälle, welche wesensverschieden sind von den uns bekannten anderen Psychosen; es sind ihr zugehörig noch einige „paranoische" Zustandsbilder, welchen eine selbständige Stellung zuerkannt war;

2. die Dementia praecox stellt eine Krankheit dar; charakteristische Krankheitszeichen lassen die Bezeichnung „Schizophrenie" passend erscheinen;

3. die Gestaltung der Krankheitsbilder und der Ausgangszustände hängt bei der Schizophrenie von Momenten ab, welche
a) außerhalb der Krankheit liegen;
b) als Zeichen sich darstellen von durch die Krankheit gesetzten Veränderungen des Zentralnervensystems;
c) durch den eigentlichen Krankheitsprozeß selbst bedingt werden.

II. Allgemeines. 1. Die bis jetzt üblichen Gesichtspunkte und Gruppierungen erweisen sich als ungenügend für eine Prognosestellung.

2. Bei Betrachtung der Krankheit nach den in I. festgelegten Gesichtspunkten bekommt man zwar noch wenig definitive Resultate, aber bessere prognostische Fragestellungen.

Spezielles. Die einzelnen Ergebnisse lassen sich nicht wohl in Thesen fassen; wir bringen sie deshalb in der Form eines Überblickes.

Befriedigende prognostische Regeln lassen sich zurzeit aus der Art der Anfangszustände nicht aufstellen. Bei unserem Anstaltsmaterial haben zwar Fälle mit akuten Syndromen bessere Aussichten als die mit chronischem Verlaufe. Der wichtigste Grund ist aber ein äußerlicher: die akuten Symptome sind vorübergehend, bringen aber dennoch Kranke mit wenig vorgeschrittener Verblödung in die Anstalten, während die chronischen Zustände unserer Statistik nur schwere, d. h. bereits stark „verblödete" Patienten zuführen. — Imbezille, die schizophren werden, bleiben gerne in den Anstalten hängen, nicht deswegen, weil ihre Schizophrenie schlimmer verlaufen würde als in anderen Fällen, sondern weil sie durch die Summation der Symptome der angeborenen und der erworbenen Demenz leichter sozial unmöglich werden als ursprünglich intelligente Patienten.

Die Heredität ergab bis jetzt keine prognostischen Anhaltspunkte. Es existieren aber noch keine Unter-

suchungen, die die verschiedenen Belastungsarten genügend differenzieren.

Auch die bisherige Gruppeneinteilung hat eine sehr geringe prognostische Bedeutung.

Das Erkrankungsalter hat äußerst wenig Einfluß auf den Ausgang.

Eine Prognose quoad Rezidiv gibt es nicht.

Das Studium der in den Anstalten verbleibenden „abgelaufenen" Fälle ergibt:

Kranke, die nach dem ersten Anstaltsaufenthalt eine an Heilung grenzende Remission durchgemacht haben, kommen selten in die Pflegeanstalt. Immerhin ist auch bei solchen Fällen spätere schwere Verblödung nicht sicher auszuschließen.

Chronische oder im späteren Verlauf in den Vordergrund tretende katatone Symptome haben eine ganz schlimme prognostische Bedeutung.

Relativ gut d. h. arbeitsfähig innerhalb der Anstalt erhält sich eine Gruppe, in deren Vordergrund paranoide Symptome stehen, während die eigentlichen schizophrenen Erscheinungen stark zurücktreten und katatone ganz fehlen.

Einen Endzustand in dem Sinne, daß von einem gewissen Zeitpunkt an die Krankheit keine Fortschritte mehr machen könnte, gibt es nicht.

Alle bisher aufgestellten Formen der Dementia praecox können in jedem Stadium stille stehen oder sich beliebig, akut oder chronisch, weiter entwickeln. Abgrenzung von Gruppen nach dem Grade der Verblödung ist deshalb nicht möglich.

Die Generalprognose der Dementia praecox ist also nicht „Verblödung", sondern Richtung des Krankheitsverlaufes nach einer bestimmten Art der Verblödung hin. Die durch die Krankheit gesetzte Veränderung kann so gering sein, daß sie bei wenig eingehender Untersuchung nicht gefunden wird (latente Dementia praecox). Die Diskussion über die Heilungsmöglichkeit ist deswegen nicht viel mehr als ein Wortstreit.

Wie weit der einzelne Kranke auf der Bahn der Verblödung fortschreite, ist jetzt noch nicht zum voraus zu bestimmen. Statt dessen muß man versuchen festzustellen, wie weit schon die Verblödung fortgeschritten ist. Man kann dann mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit — nicht mit Sicherheit — annehmen, daß sie sich nicht mehr zurückbilde.

Einen brauchbaren Maßstab für den Grad der Verblödung kann es allerdings nicht geben. Der Schizophrene ist niemals schlechthin dement, sondern er ist dement in bezug auf bestimmte Fragen, auf bestimmte Komplexe, auf bestimmte Zeiten. Dagegen ist innerhalb gewisser Grenzen ein Maßstab denkbar für den Fortschritt, den die Grundstörung gemacht hat. Einen solchen Maßstab müssen wir suchen.

Einen indirekten und deswegen nicht ganz sicheren, aber doch brauchbaren Anhaltspunkt für die Schätzung des von der Krankheit erreichten Grades gibt uns die Stärke der Disposition zu spezifisch schizophrenen Symptomen. Irgendein Zustand bietet ceteris paribus um so schlimmere Aussichten, als mehr Affekt- und Assoziationsstörungen, mehr katatone Symptome vorhanden sind, und als Halluzinationen und Wahnideen mehr den typisch schizophrenen Charakter besitzen.

Die Prognose der Schizophrenie ist eine sehr komplizierte Funktion, deren Komponenten sich in ihren Wirkungen oft durchkreuzen und kompensieren. Sie kann deshalb nur in ihren einzelnen Faktoren studiert werden.

So müssen wir unterscheiden lernen zwischen primären Symptomen, die dem Krankheitsprozeß direkt proportional sind, und sekundären, die durch irgendeinen zufälligen Einfluß auf die kranke Psyche entstehen.

Die meisten bisher beschriebenen Symptome sind sekundäre, so ein Teil der katatonen Erscheinungen, die Wahnideen, Wutanfälle, Dämmerzustände usw. Sie haben mit dem Krankheitsprozeß sehr wenig zu tun.

Die elementaren Störungen sind viel weniger bekannt. Gewisse B e n o m m e n h e i t s z u s t ä n d e, die denen bei Hirndruck ähneln, machen einen p r i m ä r e n, man möchte sagen o r g a n i s c h e n Eindruck. Auch in den s c h i z o p h r e n e n A s s o z i a t i o n s s t ö r u n g e n liegt unseres Erachtens ein wichtiger primärer Faktor, während allerdings die „affektive Verblödung" in der Hauptsache oder ganz ein sekundäres Symptom darstellt.

Komplexe sekundärer Symptome (Aufregungen, Dämmerzustände) können auftreten, ohne daß ein Schub des Krankheitsprozesses vorliegt. Die Unterscheidung zwischen primären und sekundären Symptomen wird uns aber ermöglichen, die wichtige Frage zu beantworten, ob und inwieweit eine Aufregung eine Exazerbation des Krankheitsprozesses oder nur eine Exazerbation der Symptome ist.

Nicht identisch mit der Zerlegung der Symptome in primäre und sekundäre ist die Unterscheidung von vorübergehenden und dauernden Symptomen. Zu den vorübergehenden gehören Dämmerzustände; manische und melancholische Affektwellen; Verwirrtheitszustände; gewisse Arten von Benommenheit. Nur die letzteren beiden Symptome scheinen primäre zu sein. Manche Verwirrtheitszustände machen geradezu den Eindruck von durch den akuten Hirnprozeß ausgelösten Insulterscheinungen.

Wir wissen zurzeit über die Rückbildungsfähigkeit mancher Symptome noch sehr wenig. Ausschlaggebend für die Prognose ist oft mehr als das Symptom die psychische Umgebung: die eigentlichen schizophrenen Symptome sind ceteris paribus um so weniger rückbildungsfähig, je besonnener ihre Träger erscheinen. Die schizophrenen Assoziations- und Gemütsstörungen während chronischer Zustände bilden sich am schwersten zurück.

Wir müssen ferner danach trachten, Anhaltspunkte zur Schätzung der Intensität des Krankheitsprozesses zu bekommen. Wahrscheinlich werden uns Benommenheit und gewisse Verwirrtheitszustände die ersten Anhaltspunkte zu einem solchen Urteil geben.

Ein genaueres Eingehen auf die psychologische Genese der einzelnen Symptome verspricht weitere prognostische Anhaltspunkte. Unter den Namen Negativismus und Stupor z. B. fassen wir ganz ver-

schiedene Zustände mit verschiedener prognostischer Bedeutung zusammen. Auch andere katatone Symptome, die als einheitliche angesehen werden, haben nur bei chronischen Zuständen schlimme Bedeutung, bei akuten nicht. Wir müssen sie also zerlegen lernen in prognostisch gute und schlimme.

Wichtig ist ferner bei den Prognosestudien die Kritik des Materials. Wir bekommen nur einen Teil der Kranken zu sehen: die ganz schweren und deswegen asozialen Fälle, und von den zahlreicheren leichten diejenigen, die eine akute Erregung haben. Das Material ist abhängig von den Aufnahmeverhältnissen einer Anstalt, von den Pflegetaxen, von der Zusammensetzung der die Anstalt benutzenden Bevölkerung und noch manchen ähnlichen Faktoren. Bei Platzmangel und in bäuerlichen Gegenden kommen leichte Fälle weniger in die Anstalten als anderswo. Ebenso sind oder erscheinen bei gleichem Material die Ausgänge verschieden je nach dem Spiritus loci der Anstalt, der „Behandlung" im weitern Sinne, und nach den Entlassungsverhältnissen. Die prognostischen Ermittlungen sind also von Anstalt zu Anstalt nie direkt vergleichbar." (Fortsetzung folgt.)

— Zum Kapitel: **Religionshygiene.** In einem Bericht über die Hauptkonferenz der Landeskirchlichen Gemeinschaften im Königreich Sachsen am 10. und 11. Mai d. Js. in Chemnitz (enthalten in der Zeitschrift: „Auf der Warte", 1908, S. 23, 24) heißt es: „Höchst interessant war das Thema, das Pastor Herbst-Barmen am Montagvormittag ausführte: „Die Zeichen der Zeit". Nach Offenbarung Johannis Kap. 6 gab er 6 Zeichen an, die das Herannahen des Weltendes anzeigen sollen: 1. Die Siege des Evangeliums, 2. Krieg und Blutvergießen, 3. Teuerung, 4. ein großes Sterben, 5. Christenverfolgungen, 6. merkwürdige Naturerscheinungen, Erdbeben, große Veränderungen in der Sternenwelt. Einen Teil dieser Zeichen sehen wir schon in erschreckender Weise sich mehren. (!) Ein anderer Teil steht noch aus, läßt aber vielleicht auch nicht mehr lange auf sich warten. (!) Schrecken können diese Zeichen nur die Ungläubigen, während die Gläubigen es wissen, sie gehen nur der Wiederkunft dessen vorauf, der sie ganz erlösen wird von der Hölle und ihren Dienern."

Es dürfte nicht nur ernste Pflicht, sondern auch eine dankbare Aufgabe der Psychiatrie sein, mitzuhelfen, daß solche gesundheitswidrigen Vorstellungen von der Volksseele ferngehalten werden.

— Über die Fortschritte der **Gesundbeter in Berlin** berichtet das „Berliner Tageblatt" vom 3. Juni 1908: Die Gesundbeter gewinnen in Berlin immer mehr an Boden. Seit längerer Zeit besitzen sie bereits eine Bibliothek und Lesehalle in der Augsburgerstraße, die sie in kurzer Zeit in einen der Räume des neuen Eispalastes verlegen werden. Vor einigen Tagen war einer der Führer der Bewegung, Herr Eduard Kimball aus Boston, in der Reichshauptstadt eingetroffen, um hier die „Gläubigen der Christlichen Wissenschaft", wie sie sich selbst nennen, Revue passieren zu lassen. Herr Kimball hielt eine große Gebetsversammlung ab, in der er mitteilte, daß die Fortschritte der Gesundbeter kolossal seien. Jeden vierten Tag würde an irgendeinem Punkte der Erde eine neue Kirche für die Anhänger der „Christlichen Wissenschaft" eröffnet. In Berlin, hoffe er, würde sich die Kirche bald so ausbreiten wie in den Vereinigten Staaten. Die hiesige Gemeinde hat einen großen Saal im Eispalast gemietet, in dem zweimal wöchentlich Gebetversammlungen abgehalten werden sollen. Daß die Anhänger der neuen Lehre unter den vermögenden Klassen zu suchen sind, daß es nicht allein die sogenannten „Ungebildeten" sind, die sich von den amerikanischen Sektierern bekehren lassen, geht schon aus dem Umstand hervor, daß für die Miete des Betsaales allein zehntausend Mark jährlich bezahlt werden. Die Polizei scheint dem Humbug der Gesundbeter gegenüber machtlos zu sein.

— **III. internationaler Kongress für Irrenpflege, Wien, Oktober 1908.** In der Komiteesitzung vom 4. Juni (Wien) konnte wieder über eine Reihe weiterer angemeldeter Vorträge und Referate berichtet werden; so sind u. a. hinzugekommen: Herr Reg. Arzt D. Zuzak (Thyrnau): „Die Irrenanstalt des k. und k. Heeres". Direktor Dr. Michell (Illinois V. St. A.): „Bericht über das Irrenasyl zu Illinois-Peoria". Dr. v. Nießl (Leipzig): „Fürsorge entlassener Geisteskranker". Direktor Dr. Hüfler (Chemnitz): „Behandlung der Kranken im Stadtasyle". Primar Dr. Fischer (Preßburg): „Sachverständigentätigkeit bei zweifelhaftem Geisteszustande". Advokat Dr. Nicoladoni (Linz): „Reform der Irrengesetzgebung in Österreich". Landesrat Schölzel (Breslau), Dr. Heß (Görlitz), Dr. Matthies (Dalldorf) usw.

Auch das sehr reichhaltige Vergnügungsprogramm gewann festere Formen; es werden, abgesehen von den offiziellen Empfängen und Banketten, Rundfahrten mit Besichtigung der Sehenswürdigkeiten innerhalb und in der Umgebung der Stadt veranstaltet werden; ein Damenkomitee hat sich konstituiert. Fahrtbegünstigungen innerhalb Österreich dürften mit Sicherheit durch das Komitee erwirkt werden.

Im August etwa wird die Versendung der definitiven Programme erfolgen.

— Durch die Tagespresse zieht schon wieder einmal die Diskussion: **„Strafrichter und Irrenärzte"**, — Artikel, welche von der angeblichen ungünstigen Beeinflussung der Strafrechtspflege durch die gerichtliche Tätigkeit der Irrenärzte handeln. Es sind dies Auszüge aus einem in der „Deutschen Juristenzeitung" erschienenen Aufsatz des Senatspräsidenten Lindenberg (Berlin). Man stößt darauf z. B. in „Hamburger Nachrichten" (24. Mai 1908), „Hofer Anzeiger" (19. Mai 1908), „Mühlheimer Zeitung" (22. Mai 1908). Die „Hamburger Nachrichten" vom 31. Mai 1908 bringen eine treffliche Erwiderung vom Med.-Rat Dr. Neidhart in Altona.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 14. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh Med.-Rat, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien). Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Wien. Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der Landes-Heil- und Pflege-anstalt zu **Nietleben** bei Halle a. S. ist die Stelle eines

Assistenzarztes

sofort zu besetzen. Psychiatrische (praktische) Vorbildung zwar erwünscht, jedoch nicht notwendig. Jahresgehalt 1800 M., steigend bis 2600 M. in einjährigen Stufen von je 200 M., neben freier Station I. Klasse.

Nach dreijähriger Tätigkeit im Anstaltsdienst und Bewährung Anstellung als ordentlicher Arzt mit Pensionsberechtigung (Gehalt 3600—6000 M.) und im Fall der Verheiratung Familienwohnung bezw. Entschädigung an deren Stelle.

Bewerber wollen ihre Meldungen nebst Approbation, Dissertation, Lebenslauf und Zeugnissen an den unterzeichneten Direktor einsenden.

Nietleben, den 18. Juni 1908.

Geh. San.-Rat Dr. **Fries.**

Assistenzarzt.

Die Stelle eines Assistenzarztes an der Provinzial-Heil- und Pflege-anstalt zu **Lüneburg** (800 Kranke, 8 Aerzte, 2 Praktikantenstellen) ist zu besetzen. Gehalt im ersten Jahre 1800, im zweiten 2000, im dritten 2200 M.: bei freier Station I. Klasse. Nach 3 Jahren erfolgt Anstellung als Abteilungsarzt mit einem Gehalt von 3200 bis 4800 M. mit freier Wohnung (bei Verheiratung Familienwohnung). Bewerbungen mit ausführlichem Lebenslauf und Approbation sind zu richten an den Direktor

Sanitätsrat Dr. **Suell.**

Prov.-Irrenanstalt Obrawalde bei Meseritz (Posen).

Eine **Assistenzarztstelle** ist sofort zu besetzen. Anfangsgehalt 2000 M.; steigend alle Jahre um je 100 M. bis zu 2500 M. Außerdem freie Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Wäsche und Kost erster Klasse. Nach fünfjähriger einwandfreier Dienstzeit in der Provinzialverwaltung Posen Anstellung auf Lebenszeit mit Pensionsberechtigung bei 3300 M. Anfangsgehalt und Familienwohnung. Zurzeit 700 Kranke, später 1200. Gelegenheit und Anleitung zu wissenschaftlichen Arbeiten. Auch **Medizinalpraktikanten** (freie Station) werden angenommen.

Meldungen mit Lebenslauf und Zeugnissen an die **Direktion.**

Zur Nervenberuhigung und Schlafanregung

Bromural

α-**Monobromisovalerianylharnstoff.**

Dosis: als Sedativum 0,3 g mehrmals täglich; ein leichtes Hypnotikum 0,6 g vor dem Schlafengehen als Pulver oder in Tabletten.

Rp. 1 Originalröhrchen Bromural-Tabletten (Knoll) zu 0,3 g Nr. XX

Knoll & Co., Ludwigshafen am Rhein.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld.

Veronal

Durch **Intensität u. Sicherheit der Wirkung ausgezeichnet, frei von schädigenden Nebenwirkungen.** Geruchlos, fast ohne Geschmack. Ind.: nervöse Agrypnie, Depressionszustände. Auch bei unkompensierten Herzfehlern, bei chron. interstitieller Nephritis etc. verwendbar.

Als **ungefährliches Sedativum bei maniakalischen Erregungszuständen.**

Mittlere Dos.: 0,5—0,75—1,0 g, in heißen Flüssigkeiten gelöst zu nehmen.

Isopral

Neues vortreffliches Hypnoticum. Ersatz für Chloralhydrat. Herz und Gefäßsystem schonend, dabei von doppelt so starker hypnotischer Wirkung als Chloral.

Dos.: 0,5—1,0 g bei einfacher und mittlerer Agrypnie.
„ 1,0—2,0—3,0 g bei Erregungszuständen.

Darreichung in wässeriger Lösung oder in Form von Tabletten.

(In geschlossenem Glasgefäß kühl aufzubewahren!)

Coryfin

Neues Mentholderivat mit **langandauernder Mentholwirkung.** (Ersatz f. Migränestift, Mentholin-Schnupfpulver etc.)

Vortreffliches Linderungsmittel

bei Kopfschmerz (spec. auch Migräne) und Gesichtsneuralgien: Katarrhen der Atmungsorgane bes. in Form von Inhalationen mit Dr. Sänger's Arzneiverdampfungsapparat. **Als juckstillendes Mittel** bei Pruritus etc. Auch intern an Stelle von Menthol bei Hyperemesis, Cardialgie, Singultus u. a.

Spezial-Pinselflacons sowie Flaschen à 10 und 25 g } „Originalpackung Bayer".

Ältere bewährte Schlafmittel

Trional

Hedonal – absolut unschädlich, frei von Nebenwirkungen. Dos.: 1,5—2 g.

Sulfonal

An der **Provinzial-Irrenanstalt Neustadt** an der Ostsee (Holstein), ca. 950 Betten, mit welcher eine **Poliklinik für Nervenkrankheiten** verbunden ist, ist die durch Beförderung des bisherigen Inhabers zum Oberarzt freigewordene Stelle eines

ersten Hilfsarztes

zu besetzen. Gehalt 2500 Mark neben vollständig freier Station. Voraussichtlich wird noch in diesem Jahre eine Neuregulierung der Gehalts- und Avancementsverhältnisse für die Anstaltsärzte der hiesigen Provinz eintreten. Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion zu richten.

Hilfsarztstelle.

An der **Heil- und Pflegeanstalt** bei **Wiesloch** — in der Nähe von Heidelberg — ist die Stelle eines **Hilfsarztes** zu besetzen.

Anfangsgehalt 2000 M. bar und mehr je nach Vorbildung und seitheriger Anstaltstätigkeit; außerdem freie Station. Regelmäßige Gehaltszulagen. Aussicht auf etatmäßige Anstellung bei Bewährung im Dienste. Bewerbungen m. Personalien, Lebenslauf etc. werden an den Direktor der Anstalt erbeten.

Wiesloch, den 11. Juni 1908.

Gr. Direktion der Heil- und Pflegeanstalt

Dr. Fischer.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 14. 27. Juni **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Entmündigung wegen Trunksucht.

(Zugleich eine Antwort auf die ministerielle Rundfrage vom 20. Mai 1900.)

Von Dr. *Waldschmidt*-Nikolassee.

Nachdem nunmehr acht Jahre seit dem Inkrafttreten des Bürgerl. Gesetzbuches, welches in dem 3. Absatz des § 6 die Entmündigung einer Person wegen Trunksucht vorsieht, vergangen sind, scheint es nicht unangebracht, nach den Wirkungen dieses Gesetzesparagraphen auf die Trinkerfürsorge Umschau zu halten. Der Deutsche Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke hat deshalb auf meine Veranlassung jüngsthin an sämtliche deutsche Bundesstaaten die Bitte um Überlassung des Zahlenmaterials betreffend die Entmündigung wegen Trunksucht gerichtet, welchem Ansuchen in zuvorkommendster Weise entsprochen worden ist.

Bekanntlich kann nach dem benannten § 6, Abs. 3 entmündigt werden, „wer infolge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt, oder die Sicherheit anderer gefährdet". In den beiden ersten Teilen umfaßt dieser Absatz dieselben Bestimmungen, welche (in Abs. 1) infolge von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche, (in Abs. 2) wegen Verschwendung die Entmündigung eines Individuums herbeiführen können. Die Gefährdung der Sicherheit anderer ist allein dem 3. Absatz vorbehalten, und damit sind drei Kriterien zur Entmündigung wegen Trunksucht geschaffen, welche unabhängig voneinander jedes für sich genügt, die Entmündigung zu veranlassen. Der Gesetzgeber hat offenbar seinen Willen dadurch zu erkennen gegeben, daß eine Erleichterung zur Herbeiführung der Entmündigung wegen Trunksucht geschaffen werden müsse, und zwar in der richtigen Erkenntnis der vielfachen Schädigungen, welche der Alkoholismus für die gesamte Volkswohlfahrt bedingt, allerdings auch wohl in der sicheren Annahme, daß nunmehr von der Möglichkeit, durch dieses Mittel die Trunksucht zu bekämpfen, in ausgiebigster Weise Gebrauch gemacht werde.

Welche Erwartungen man damals auf die Gesetzwerdung des Entmündigungsparagraphen setzte, welches Interesse man der Sache schenkte, beweist der Umstand, daß bereits unterm 20. Mai 1900 eine Rundverfügung seitens des preußischen Kultusministers und des Ministers des Innern an die Provinzialbehörden dahingehend erlassen wurde, daß zu Ende jenes Jahres festgestellt werden möge: 1. in welchem Umfange von der Bestimmung im § 6, Ziffer 3 des B. G. B. seitens der Gerichte Gebrauch gemacht werde; 2. ob infolgedessen ein vermehrtes Bedürfnis zur Unterbringung von Trunksüchtigen in Trinkerheilanstalten sich ergeben werde; 3. welche Anstalten zur Befriedigung dieses Bedürfnisses in den einzelnen Bezirken bereits bestehen; 4. inwieweit dieselben hierzu genügen oder bezüglich ihrer Aufnahmefähigkeit oder Einrichtungen Mängel aufweisen, deren Beseitigung notwendig sei, event. wie diesen Mängeln am wirksamsten abgeholfen werden könne.

Selbstredend ist es dem Außenstehenden unbekannt geblieben, welche Erfolge diese Umfrage aufzuweisen hatte, aber ohne weiteres war anzunehmen, daß sie absolut negativ ausfallen mußte, da sie viel zu sehr verfrüht war. Die Beantwortung der Frage zu 1 ist zudem auf keinen Fall imstande, ein richtiges Bild über die Ausdehnung der Trunksucht zu geben, und es würde durchaus ungerechtfertigt erscheinen, hieraus Schlüsse im Sinne der übrigen Anfragen ziehen zu wollen. Darauf habe ich wiederholt, so in „Die Trinkerfürsorge in Preußen" (Zeitschrift des Königl. preuß. statistischen Bureaus, Jahrgang 1901) hinge-

wiesen, und die nachfolgenden Ausführungen werden dies aufs neue bestätigen.

Die Gründe, weshalb trotz jener Erleichterung die Entmündigung wegen Trunksucht so außerordentlich selten statthat, sind teils ideeller, teils materieller Natur. Die Zivilprozeßordnung sieht in § 645 ff. vor, daß der Antrag von dem Ehegatten, einem Verwandten oder demjenigen gesetzlichen Vertreter des zu Entmündigenden gestellt werden kann, welchem die Sorge für die Person obliegt. Und der Artikel 1 des preußischen Ausführungsgesetzes ist dahin geändert, daß die Entmündigung (wegen Verschwendung oder) wegen Trunksucht auch von dem Armenverbande beantragt werden kann, dem die Fürsorge für den zu Entmündigenden im Falle seiner Hilfsbedürftigkeit obliegen würde. Dagegen ist dem Staatsanwalt das Recht versagt, einen Antrag auf Entmündigung wegen Trunksucht zu stellen. Inhaltlich ist der Antrag auf Entmündigung durch ein Beweismaterial zu begründen, welches „mit einiger Sicherheit auf eine solche krankhafte Sucht nach geistigen Getränken“ schließen läßt, welche „den zu Entmündigenden zur vernünftigen Besorgung der Gesamtheit seiner Angelegenheiten unfähig macht, oder ihn oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt, oder die Sicherheit anderer gefährdet“. (Daude, Das Entmündigungsverfahren usw.) Die persönliche Vernehmung des zu Entmündigenden ist im Gesetz nicht besonders vorgeschrieben, auch kann der Richter auf das Gutachten von Sachverständigen verzichten, um seine Beschlüsse lediglich nach den begründeten Zeugenaussagen (über Geldausgaben, unnützen Aufwand, unbesonnenes Schuldenmachen, Zechschulden, fortgesetzten Wirtshausbesuch, unverantwortliche Wirtschaftsvernachlässigung usf.) zu fassen. Das ist außerordentlich bedauerlich, daß sich der zu entmündigende Trunksüchtige sowohl einer ärztlichen Untersuchung entziehen als auch einen Termin unbeachtet lassen kann, ohne daß es wie beim Geisteskranken eine gesetzliche Möglichkeit gäbe, Zwangsmittel gegen ihn anzuwenden. Bedauerlich ist ferner, daß dem Richter durch das Nichterscheinen des Betreffenden auch nicht die Möglichkeit gegeben ist, den Entmündigungsbeschluß dem § 681 Z. P. O. gemäß auszusetzen, und ihn durch seinen persönlichen Einfluß dahin zu bringen, daß er sich einer Heilbehandlung freiwillig unterzieht. Hierin hatte man ja gerade einen wesentlichen Vorteil in bezug auf die Wiederherstellung des Trunksüchtigen erblickt. Es darf zwar wohl angenommen werden, daß es sich nicht gerade um das beste Krankenmaterial handelt, welches so indolent der Entmündigungsfrage gegenüber steht, daß es die Wahrnehmung des Entmündigungstermins nicht weiter interessiert. Übrigens wird ja durch die Nichtinanspruchnahme des § 681 Z. P. O. indirekt ausgedrückt, daß es sich in solchen Fällen vermeintlich um unheilbaren Alkoholismus handelt. Es ist deshalb unbedingt vom sozial-medizinischen Standpunkte aus außerordentlich zu beklagen, daß mit dem Entmündigungsantrag so lange gewartet wird, bis für das Individuum selbst nichts mehr zu erreichen ist. Zweifellos ist es vielfach die Scheu, offen vor Gericht zu bekennen und es so der Öffentlichkeit preiszugeben, daß ein trunksüchtiges Wesen zum Kreise der Familie zählt. — Gegenüber dem Umstande, daß sich die betreffende Person betrunken in der Gosse wälzt und allen möglichen Skandal heraufbeschwört, drückt man schon eher den Kopf in den Sand. — Zu dem Gefühl der Scham und Schande tritt vielfach die Furcht vor den Roheiten und Mißhandlungen, denen sich die Angehörigen beim Bekanntwerden ihres Vorgehens aussetzen. Schließlich kommt noch das Mitleid mit dem „armen Menschen“, der nach jedem Exzeß sich in den heiligsten Schwüren ergeht, daß es nun das letzte Mal gewesen sei, daß es nie wieder vorkommen werde, daß er sich so betrinke usw. Allen drei Momenten gesellt sich sodann die Indolenz, das Sichabfinden mit dem Los, was beschieden sei, und so begreift es sich, daß die Nächstbeteiligten, die in dem Unglück mit aufwachsen, es bis zum äußersten kommen lassen. Und die weiteren Antragsberechtigten — die Armenverbände? Nun, diese warten nicht nur die Gefahr des Notstandes, sondern diesen selbst ab, bis daß sie eingreifen und alsdann auch nur in den allerseltensten Fällen, da sie wissen, daß doch nichts mehr zu machen ist. Kein Wunder, daß die Armenverwaltungen, welche solch „alte Trinker“ dann noch in Heilstätten unterbringen, von den Resultaten dortiger Kuren recht wenig erbaut sind, fälschlicherweise aber dies naturgemäße ungünstige Urteil auf die Alkoholistenbehandlung überhaupt erstrecken und dadurch die ganze Behandlungsfrage der Alkoholkranken diskreditieren. Daß man aber bei einem Lungenkranken erst das letzte Stadium abwartet und ihn dann zwecks Heilung in eine Heilstätte unterbringt, habe ich noch nicht gehört. Man weiß recht gut, welchen Wert man hierbei auf die Frühdiagnose zu legen hat, und diesen Wert für die Erfolge der Alkoholistenbehandlung nehme ich in gleicher Weise in Anspruch, und zwar um so mehr, als ich an der Hand der diesbezüglichen Erhebungen behaupte, daß die Heilstättenbehandlung bei den frühzeitig erkannten Formen der einfachen Trunksucht ungleich bessere Dauerresultate aufzuweisen hat, als die (leider etwas

stark pronönzierten) Heilerfolge in der Tuberkulosenbehandlung zu zeitigen imstande sind. Es ist nicht angängig, eine Lungenaffektion im ersten Stadium mit einem chronischen Alkoholismus, der entmündigungsreif ist, in bezug auf die Besserungsfähigkeit zum Vergleiche heranzuziehen; es muß mit gleichem Maß gemessen werden, will man ein richtiges Bild erhalten. Das allgemein öffentliche Interesse sowohl als auch das gesundheitliche wie wirtschaftliche Interesse des Einzelindividuums erheischt aber dies offene Bekenntnis und die weitere Tatsache, daß es durch die Antragsberechtigten schlecht gewahrt wird. Deshalb muß einer Behörde, welche über den Parteien steht und imstande ist, in objektiver Weise die Rechte des psychisch nicht vollwertigen Alkoholkranken zu vertreten, und das kann nur die Staatsanwaltschaft, das Recht, die Entmündigung wegen Trunksucht zu beantragen, unbedingt eingeräumt werden. Gewiß gibt es eine ganze Anzahl von entmündigten Trunksüchtigen, die auf Antrag des Staatsanwalts infolge ihrer Geisteskrankheit oder Geistesschwäche zur Entmündigung gelangten, indes dies ist doch nicht der Zweck, der durch den § 6, 3 erreicht werden sollte. Vergleicht man zudem die bedeutende Abnahme der wegen Geisteskrankheit und Geistesschwäche Entmündigten, welche sich im Jahre 1900 auf 8634, im Jahre 1905 aber nur noch auf 4389 belief, mit der unbedeutenden Zunahme der in diesen Jahren entmündigten Trunksüchtigen, die 1900: 688, im Jahre 1905: 927 aufwies, und bringt man sodann in Anschlag, daß wegen Verschwendung im Jahre 1900: 371, 1905 aber 206 entmündigt wurden, so kommt man zu dem erstaunlichen Ergebnis, daß seit Einführung des B. G. B. überhaupt weniger entmündigt wurde, als es vordem der Fall war. Ob sich diese erhebliche Minderzahl durch den Ausfall der staatsanwaltschaftlichen Antragsberechtigung in bezug auf § 6, 3 B. G. B. begründen läßt?

Nach den amtlichen Mitteilungen verhält sich nun die Entmündigung wegen Trunksucht in den einzelnen Staaten wie nebenstehende Tabelle zeigt (die eingeklammerten Zahlen betreffen Frauen).

Demgegenüber weist die deutsche Justiz-Statistik (bearbeitet im Reichs-Justizamt) folgende Entmündigungen wegen Trunksucht im Reiche auf: 1900 688; 1901 852; 1902 903; 1903 976; 1904 918; 1905 927 (für 1906 sind die Zahlen noch nicht erhältlich).

Zu diesen Zahlen ist folgendes zu bemerken: es fällt zunächst die Ungleichheit der Gesamtsumme der Entmündigungen in den einzelnen Staaten und der für das Deutsche Reich vom Reichs-Justizamt angegebenen Ziffern auf. Das hat darin seinen Grund, daß von Baden z. B. nicht die Entmündigungsbeschlüsse, sondern die Entmündigungsverfahren, welche anhängig gemacht worden waren, mitgeteilt werden konnten. Das Herzoglich Anhaltische Statistische Amt besitzt kein Material über die in Anhalt entmündigten Trinker. Diese Bemerkungen sollen nur der Vollständigkeit halber gemacht werden; für unsere Frage sind sie belanglos. Es bleibt darum doch die Tatsache bestehen, daß die Zahl derer, auf welche der § 6, Abs. 3 B. G. B. zur Anwendung kommt, außerordentlich gering ist und in gar keinem Verhältnis zu dem Vorkommen der Trunksucht selbst steht. Dafür nur wenige Belege: Die Festschrift, welche

	1903	1904	1905	1906
Preußen	623	593	584	636
Bayern	59	59	37	55
Württemberg	28	27	29	32
Sachsen	59	56	66	49
Baden (Vormundschaften anhängig)	117	144	159	188
Hessen	27	32	29	23
Mecklenburg-Schwerin	8	5	5	4 (1)
Oldenburg	4	4	12	7
Thüringische Staaten	22	25	23	23
Braunschweig	13	7	9	4 (1)
Lippe-Detmold	12 (1)	8	11 (1)	6
Schaumburg-Lippe	2	1	3	2
Waldeck und Pyrmont	3	2 (1)	7	2
Hamburg	19 (4)	14 (3)	38 (8)	43 (8)
Bremen	7 (1)	3 (1)	1	8 (1)
Lübeck	1	2 (1)	1	2
Zusammen:	1004	982	1014	1084

vom Kaiserlichen Gesundheitsamt und vom Kaiserlichen Statistischen Amt den Teilnehmern am XIV. internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie, Berlin 1907, gewidmet wurde, bringt auf Seite 63 den Zugang der Krankheitsfälle in den allgemeinen Krankenhäusern für die Jahre 1877 bis 1901. Danach sind in jenen 25 Jahren 262361 Fälle von chronischem Alkoholismus zur Beobachtung gekommen, das macht im Durchschnitt jährlich 10494,44 Fälle. In dem Zeitraum 1877/79 wurden 12863 oder im Durchschnitt jährlich 4287,65 mal, in den Jahren 1898/1901 aber 65433 oder durchschnittlich im Jahr 10494,44 mal bei den aufgenommenen Personen in den allgemeinen Krankenhäusern Deutschlands chronischer Alkoholismus konstatiert. Außerdem wurden nach obiger Festschrift (S. 64) in die Irrenanstalten

Deutschlands in denselben 25 Jahren 36377 Fälle von Delirium potatorum aufgenommen, das macht im Durchschnitt für das Jahr 1455. Vergleicht man wiederum die Zahl der Aufnahmen in den ersten drei Jahren 1877/79, in welchen 2856 Deliriumsfälle verzeichnet stehen, mit den vier Jahren 1898/1901, welche 7394 mal Delirium pot. zur Beobachtung brachten, so ergibt sich bei der Durchschnittsberechnung innerhalb der 25 Jahre eine Steigerung der Fälle von Delirium potatorum von 952,3 auf 1848,5 pro Jahr. (!) Leider ist nicht gleichzeitig mitgeteilt, wie viel chronische Alkoholisten sich außer den Deliranten noch in den Irrenanstalten befanden. — Für das Jahr 1899 konnte ich durch die Zählkarten ermitteln, daß in diesem Jahre unter den Geisteskranken in den Irrenanstalten Preußens sich 6975 Alkoholisten (davon 1472 Del. trem., außer 14386 Alkoholisten-Aufnahmen in den allgemeinen Krankenhäusern Preußens) befanden, wie in der oben bezeichneten Veröffentlichung von mir näher ausgeführt wurde.

(Schluß folgt.)

Zur Frage von den Abstinenzdelirien.

Von Dr. *Holitscher* in Pirkenhammer bei Karlsbad (Böhmen).

Ein in der Münch. med. Woch. (Nr. 44, 1907, S. 2188) erschienener Aufsatz von Dr. P. H. Hosch „Delirium tremens nach Alkoholentzug" gab mir Veranlassung, der darin erörterten Frage nach dem Vorkommen von Abstinenzdelirien näherzutreten. Hosch glaubt auf Grund des von ihm beobachteten Falles, der nach seiner Ansicht die Sicherheit eines Experimentes bietet, die Frage unbedingt bejahen zu müssen; er meint ferner, daß heute diese Frage auch von den meisten Autoren bejaht wird; er kommt daher zu dem Schlusse, daß man zur prophylaktischen Alkoholzufuhr im Sinne einer allmählichen Entziehung mindestens berechtigt ist.

Diese letztere Folgerung schien mir besonders bedenklich zu sein; sind sich doch alle Beobachter, die Erfahrungen über Trinkerheilung besitzen, seit langem darüber einig, daß eine allmähliche Entziehung, wie sie beim Morphium, Kokain usw. geübt wird und notwendig ist, beim Alkohol überflüssig, ja undurchführbar und zweckwidrig ist. Aber auch die Existenz der durch plötzliche Alkoholentziehung hervorgerufenen Delirien hielt ich für keineswegs so unbestritten, wie es nach den Ausführungen Hoschs den Anschein hat. Ich erachtete es daher mit Rücksicht auf die praktische Bedeutung des Problems für angezeigt, die Grundlagen zu prüfen, die den Schlußfolgerungen des Verfassers zugrunde liegen. Diese „praktische Bedeutung" wird freilich von den meisten Psychiatern nicht anerkannt und zwar deshalb, weil in den Irrenanstalten und den psychiatrischen Kliniken gegenwärtig ganz ohne Rücksicht auf die Möglichkeit, daß ein Delirium entstehen könnte, den eingebrachten Trinkern der Alkohol sofort und plötzlich entzogen wird; selbst jene Psychiater, die sich für das Vorkommen der Abstinenzdelirien aussprechen, erklären, daß man keine Rücksicht darauf nehmen dürfe, sondern unbekümmert darum mit der sofortigen Entziehung vorgehen müsse (ich komme auf diesen Punkt noch einmal zurück). Ganz anders liegt die Sache aber in den chirurgischen und internen Kliniken und Abteilungen. Dort herrscht noch vielfach eine große Angst vor den durch plötzlichen Entzug hervorgerufenen Delirien und es wird deshalb den Pneumonikern, den Verletzten und Operierten Alkohol in großen Mengen „prophylaktisch" gereicht, sobald auch nur der Verdacht besteht, daß man einen Potator vor sich habe. Da nun diese Alkoholtherapie in anderer Beziehung mit den gegenwärtigen Lehren über den Wert des Alkohols bei Infektionskrankheiten in direktem Widerspruche steht, so ist es wichtig festzustellen, ob die vorbeugende Darreichung des Alkohols in deliriumverdächtigen Fällen genügend sichere Grundlagen hat.

Daß dem von Hosch veröffentlichten Falle die Sicherheit des Experimentes zukommt, kann ich unmöglich zugeben. Vor allem deshalb, weil der Kranke anderthalb Jahre vorher schon ein regelrechtes Delir durchgemacht hatte, das nicht erst im Krankenhause, sondern schon draußen, bei gewohnter Lebensweise seinen Anfang nahm. Zweitens ist die Zeit zwischen dem Eintritte ins Spital und dem Auftreten des Anfalls eine sehr kurze; schon am zweiten Tage ist der prodromale epileptische Anfall da; die meisten Autoren stimmen darin überein, daß sich der Ausbruch des Delirs wenigstens drei bis vier Tage, wie manche meinen, sogar zehn bis zwölf Tage vorher schon vorbereite; es ist also anzunehmen, daß die Voraussetzungen für epileptischen Anfall und Delir schon vor der Aufnahme in das Krankenhaus gegeben waren. Daß der Kranke in der letzten Zeit nur Wein ge-

trunken hat, wie er angibt, ist nicht sehr glaubhaft, hingegen ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, daß dem freiwilligen Eintritte in das Krankenhaus ein Alkoholexzeß vorangegangen ist, der die Veranlassung zum Ausbruche des Delirs gegeben hat. Da die Kranken wissen, daß sie im Spital keine geistigen Getränke bekommen, tun sie sich gar nicht selten vorher noch einmal ein Gutes an, wenn ihnen wie in diesem Falle die Möglichkeit dazu geboten ist. Die Einwendung gegen die Ansicht, bei dem von Hosch beobachteten Falle handele es sich um ein Abstinenzdelirium, daß Anfall und Delirium auch ohne Abstinenz eingetreten wären, ist daher keineswegs so schlankweg von der Hand zu weisen, wie er es tut; es ist nicht zu leugnen, daß bei seinen Schlußfolgerungen das „post hoc, ergo propter hoc" stark im Vordergrunde steht.

Wie urteilen nun die Psychiater über das Abstinenzdelirium? Hosch meint, daß die meisten Autoren seine Existenz bejahen. Er selbst führt sieben Schriftsteller an, von denen vier (Cramer, Kobert, Mendel und Bonhoeffer) die Abstinenz als auslösendes Moment gelten lassen, Oppenheim die Anschauung als irrtümlich erklärt, Kraepelin sie in Zweifel zieht, während Hasche-Klünder sich eines entschiedenen Urteiles enthalten. Diese wenigen und keineswegs übereinstimmenden Urteile schienen mir nicht hinzureichen, um obigen Ausspruch Hoschs zu rechtfertigen. Es war notwendig, sich eingehender über die Meinungen der Irrenärzte zu informieren, wenn man einen Überblick über die jetzt herrschende Anschauung über die strittige Frage gewinnen wollte.

Zu diesem Behufe habe ich eine Rundfrage bei einer größeren Zahl von Psychiatern und Leitern von Trinkerheilanstalten angestellt und sie gebeten, folgende Fragen zu beantworten: 1. Haben Sie Fälle beobachtet, in denen das Delirium bestimmt infolge der Alkoholentziehung aufgetreten ist? 2. Halten Sie die plötzliche Entziehung des Alkohols für bedenklich und lassen Sie in den entsprechenden Fällen an Ihrer Anstalt prophylaktisch Alkohol verabreichen? 3. Wird an Ihrer Anstalt den Trinkern der Alkohol unvermittelt oder allmählich entzogen?

An 92 Anstalten Deutschlands, Österreichs und der Schweiz wurde die Anfrage versendet, 62 davon haben sie beantwortet. Allen Herren, die die große Güte hatten, mich durch ihre freundlichen Zuschriften in meinem Bestreben zu unterstützen, sei auch an dieser Stelle der wärmste Dank ausgesprochen.

Prüfen wir die eingegangenen Antworten, so erscheint es ratsam, die der Kliniken für sich zu behandeln, weil sie öfter in die Lage kommen, schwere Fälle von Alkoholismus, die knapp vor dem Ausbruche des Deliriums stehen, zu beobachten. Unter 16 Klinikern, die eine Meinungsäußerung abgegeben haben, sind nur vier, die mit Bestimmtheit erklären, daß sie Abstinenzdelirien beobachtet haben; und unter diesen spricht sich Tuczek vorsichtig dahin aus, daß „er Fälle beobachtet hat, in denen keine andere Ursache nachweisbar war". Cramer hat Abstinenzdelirien gesehen, sie sind aber selten. Bonhoeffer und Ziehen endlich verweisen auf ihre Publikationen, ersterer auf den Vortrag „Zur Pathogenese des Delirium tremens" (Berl. klin. Woch., 1901, Nr. 32), der letztere auf sein Lehrbuch der Psychiatrie, 3. Aufl., 1908, wo ihre Ansichten über diese Frage niedergelegt seien. Bonhoeffer teilt in dem angeführten Vortrage mit, daß er an der Klinik keine sicheren Beobachtungen von Abstinenzdelirium gemacht hat, seine Erfahrungen darüber betreffen vielmehr ausschließlich die im Breslauer Zentralgefängnis Inhaftierten, bei denen nicht selten am zweiten oder dritten Tage nach der Einlieferung das Delirium zum Ausbruche kam. Andere Momente, wie besonders schwere psychische Depression, die man sonst wohl für den Ausbruch des Deliriums verantwortlich macht, glaubt Bonhoeffer mit Sicherheit ausschließen zu können.

Eine besondere praktische Bedeutung mißt Bonhoeffer selbst diesen Fällen nicht bei; sie sind fast immer kurz und harmlos, sehr oft verlaufen sie abortiv. Unter 83 ausgesprochenen Delirien (neben etwa ebensoviel Abortivdelirien) verlief nur einer tödlich, während die Deliriumsmortalität in Breslau sonst 11% betrug.

Immerhin scheinen mir die Arrestantendelirien, die ja auch von anderen Beobachtern wiederholt beschrieben worden sind, nicht geeignet, um die Frage einwandfrei zu lösen. Es bleibt dabei unaufgeklärt (auch Bonhoeffer versucht es nicht, diesen Widerspruch aufzuklären), warum die plötzliche Alkoholentziehung im Gefängnisse anders wirkt wie in der Klinik oder der Trinkerheilanstalt. Es drängt sich unwillkürlich der Gedanke auf, daß da doch noch andere Umstände mitwirken, unter denen ich die wenig beachtete plötzliche Verminderung der Flüssigkeitszufuhr hervorheben möchte. Direktor Buddeberg in Merzig a. d. Saar weist in seiner Zuschrift, wie ich meine, mit vollem Recht darauf hin, daß diesem Umstande bei der Behandlung der Alkoholiker zu wenig Bedeutung zugemessen wird, was manchen Mißerfolg verschuldet. Auch die Trinkerheilstätten kennen die Wichtigkeit dieses Punktes. Da auch die rasche und wenig erfreuliche Änderung der Lebensweise bei der

Sistierung, der Mangel an Luft, Licht und Bewegungsfreiheit als auslösende Momente in Betracht kommen, so läßt sich keineswegs behaupten, daß die Abstinenz als einzige Ursache übrig bleibt. Es ist doch gewiß beachtenswert, daß Krankenhaus und Heilanstalt alle diese Momente sorgfältig aus dem Wege zu räumen suchen.

Der entschiedenste Vertreter der Theorie von den Abstinenzdelirien ist Ziehen; in seinem Lehrbuche sagt er bezüglich der Ätiologie des Deliriums: „Auch die Pathogenese ist noch ganz unaufgeklärt. Bald hat man eine Inanition, bald eine Infektion, bald eine Autointoxikation (z. B. vom Darm oder der Leber) angenommen. Es scheint übrigens nicht ausgeschlossen, daß die Abstinenz als solche — also keine der drei eben genannten Ursachen — in den meisten Fällen der entscheidende Faktor ist."

(Fortsetzung folgt.)

Aus der Universitätsfrauenklinik Zürich.

Beiträge zur Kenntnis der Hyperemesis gravidarum.

Von *E. Hermann Müller.*

(Fortsetzung von diesem Artikel folgt in nächster Nummer.)

Mitteilungen.

— **Bericht** über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** zu Berlin am 24. und 25. April 1908. (Fortsetzung.)

An die Berichte von Bleuler und Jahrmärker schließen sich die Vorträge der Herren:

Raecke-Kiel: Zur Prognose der Katatonie.

Unter Katatonie verstand Kahlbaum eine Psyche, welche in erster Linie durch eine Reihe von motorischen Symptomen ausgezeichnet war, welche in jedem Lebensalter auftrat und eine relativ günstige Prognose bot. Kraepelin, der Kahlbaums Lehren weiter ausbaute, sah das Wesen des Krankheitsprozesses im Ausgang in Demenz und schuf dementsprechend die Bezeichnung Dementia praecox, der die Katatonie als Untergruppe angegliedert wurde. Während anfangs diesem neuen Krankheitsbegriffe vielfach eine übermäßige Ausdehnung gegeben wurde, scheint zurzeit eine rückläufige Bewegung eingesetzt zu haben. So hat Dreyfus betont, daß die früher für charakteristisch gehaltene Gemütsstumpfheit nicht immer ein Zeichen von Verblödung ist und bei verschiedenen Psychosen vorkommt. Willmanns hat erklärt, daß früher an der Heidelberger Schule die Bedeutung des hysterischen Irreseins zugunsten der Dementia praecox unterschätzt worden sei. Gaupp hat im Münchener Jahresberichte darauf hingewiesen, daß manche chronisch-paranoischen Krankheitsbilder nach Verlauf und Ausgang eine Sonderstellung einnehmen.

Außerdem mehrten sich die Beobachtungen günstiger Ausgänge. Kraepelin selbst hat in der letzten Auflage seines Lehrbuches die Häufigkeit der Heilung bei Katatonie auf 13% geschätzt. E. Meyer hat 25% angenommen, Kahlbaum jun. 30%. Die beiden Referenten wollen heute, wie wir gehört haben, die Bezeichnung Dementia praecox überhaupt fallen lassen, weil die Generalprognose dieser Krankheit nicht Verblödung sei, sondern nur Verlauf in der Richtung zur Verblödung hin. Langdauernde Remissionen werden von ihnen zugegeben, welche so weit gehen können, daß eine Abnahme der geistigen Kräfte kaum nachweisbar ist. Hier sollte man sich m. E. nicht scheuen, von Heilung zu sprechen, wenigstens von Heilung im praktischen Sinne. Mit der Annahme einer latenten Demenz vermag der Praktiker nichts anzufangen.

Jedenfalls ist die hier zutage tretende Wandlung der Anschauungen mit Freuden zu begrüßen. Sie überbrückt manche bisherigen Gegensätze und gestattet ein gemeinsames Zusammenarbeiten.

Eine Hauptfrage, die noch der endgültigen Lösung harrt, ist die Frage nach der prognostischen Bedeutung der sogen. katatonen Symptome; daß die letzteren, sogar gehäuft, nicht nur bei Paralyse und Epilepsie, sondern auch bei Hysterischen und Manisch-Depressiven vorkommen, ohne hier einen Einfluß auf die Prognose auszuüben, das wird nicht mehr in Abrede gestellt. Andererseits steht seit Kraepelins bahnbrechenden Forschungen fest, daß die Katatonie auffallend oft zur Verblödung führt. Die Frage lautet nun: Führt die Katatonie stets schließlich zur Demenz, so daß es sich bei scheinbaren Heilungen nur um Remissionen und Fehldiagnosen handelt? Oder, wenn nicht, welche Symptome gestatten frühzeitig, die richtige Prognose zu stellen? Ist auch eine definitive Beantwortung dieser Fragen erst nach jahrelangen katatonischen Forschungen zu erwarten, so dürfte

doch dem Praktiker schon heute jeder Beitrag willkommen erscheinen.

In der Kieler Klinik wurden von November 1901 bis Dezember 1905 rund 200 Katatoniker beiderlei Geschlechts behandelt. Nach Abzug derer, über welche neuere Nachrichten nicht zu erhalten waren, bleiben 171, nämlich 80 Männer und 91 Frauen, deren Krankengeschichte den folgenden Ausführungen zugrunde gelegt sind. Das Alter schwankt zwischen 12 und 50 Jahren; doch standen über 80% zwischen 16 und 30.

Leider konnte die Katamnese nur in den seltensten Fällen persönlich erhoben werden. Meist mußte man sich mit den schriftlichen Auskünften der Angehörigen begnügen. Es ist ohne weiteres einzuräumen, daß derartige briefliche Mitteilungen keine sichere Gewähr für Heilung im streng wissenschaftlichen Sinne bieten, sondern nur einen Anhalt dafür geben, daß die betreffenden Patienten auf Laien den Eindruck der Genesung machen, ihrem Beruf in alter Weise wieder nachgehen, keine Beschwerde klagen, keine Auffälligkeiten zur Schau tragen.

In diesem praktischen Sinne als „geheilt" wurden 27 bezeichnet, 14 Männer und 13 Frauen. Das sind 16%, eine Zahl, welche sich von Kraepelins 13% nicht sehr wesentlich entfernt. Bei weiteren 19 Patienten, 13 Männern und 6 Frauen, hieß es in den Auskünften, sie seien nicht ganz wie früher; sie seien energieloser oder reizbarer, oder allgemein nervös, mit Kopfschmerzen und ähnlichen Beschwerden zeitweise behaftet. Diese sind nur als „gebessert" bezeichnet. Wollte man sie zu den Heilungen hinzurechnen, weil ja die eigentlichen psychischen Erscheinungen abgelaufen sind, dann würden sich 27% ergeben, eine Zahl, die zwischen den Ziffern von E. Meyer und Kahlbaum jun. in der Mitte steht. 125 Kranke sind ungeheilt geblieben. Von ihnen leben 69% z. Zt. in Anstalten. Im ganzen sind 17% aller Kranken bereits gestorben.

Die Dauer der Heilungen beträgt bisher zwölfmal 1 bis 3 Jahre, achtmal 3 bis 4 Jahre, siebenmal 4 bis 6 Jahre. Daß es sich hier überall um Remissionen handeln soll, klingt unwahrscheinlich, doch mag darüber die Zukunft entscheiden. Die Gesamtdauer des Leidens bis zum Eintritt der Heilung betrug in der Regel 1 bis 2 Jahre, nur zweimal über 3 Jahre. Sehr auffallend war die Tatsache, daß gerade in den günstig verlaufenen Fällen die Katatonie häufiger subakut als akut ausgebrochen war. Meist ging ein ausgesprochenes Prodromalstadium von 1 bis 3 Monaten voraus. Einige Male waren die ersten psychischen Veränderungen schon 1/4 bis 1 Jahr vorher beobachtet worden.

Hinsichtlich der Ätiologie machte es keinen erheblichen Unterschied für die Prognose, ob mehr exogene oder endogene Faktoren im Spiele waren. Bei Einwirkung äußerer Ursachen ergaben sich 17% Heilungen, bei schwerer erblicher Belastung 18%, bei von Haus aus bestehender Imbezillität 16%. Nur wenn man jede erbliche Belastung überhaupt berücksichtigte, wie sie bei 56% aller Katatoniker nachweisbar war, gelangt man zu 20% Heilung bei Belasteten überhaupt. Gerade diejenigen sechs Fälle, in welchen sich das Leiden direkt an ein Wochenbett angeschlossen hatte, verliefen durchweg ungünstig. Von sieben Kranken mit Kopftraumen in der Anamnese genas nur einer. Es lehrt das wohl wieder, daß für die Entstehung der Katatonie äußere Ursachen höchstens die Bedeutung auslösender Momente besitzen.

Etwas brauchbarere prognostische Anhaltspunkte schien die Betrachtung der klinischen Krankheitsbilder zu gewähren. Am weitaus günstigsten war ein paranoider Beginn mit Sinnestäuschungen und Beziehungswahnideen ohne Desorientierung. Hier betrug der Prozentsatz der Heilungen 47, der Besserungen überhaupt 53. Erst in großem Abstande folgten die Fälle mit initialer Depression, sei es melancholischer, sei es hypochondrischer Färbung, nämlich 15 bis 16% Heilung. Dann kam Einsetzen unter dem Bilde der halluzinatorischen Verwirrtheit: 9% Heilung; endlich plötzliches Einsetzen eines Stupors bei bisherigem Wohlbefinden: 6% Heilung. Ganz ungünstig verliefen die chronisch-paranoischen Formen.

Unter den Einzelsymptomen erwies sich, wie auch E. Meyer gefunden hatte, frühzeitiges starkes Grimassieren von übelster Vorbedeutung. Es folgten zahlreichere Manieren und Ticks überhaupt, hartnäckiger Negativismus ohne Affektanomalie, dann ausgesprochene Befehlsautomatien und lange anhaltende Flexibilitas cerea. Dagegen waren Sprachverwirrtheit, Bizarrerien, Gemütsstumpfheit mit Unsauberkeit und Verlust des Schamgefühls weit weniger bedenklich. Erwähnt sei noch, daß im ganzen bei 18% der Kranken Pupillenstörungen in Form von Differenz und Entrundung notiert worden waren.

Endlich wäre die Frage zu erörtern, ob vielleicht die so auffallend günstig verlaufenen Fälle mit subakutem paranoidem Beginn eine Gruppe für sich darstellen und von der Katatonie abzutrennen sind. Allein auch wer an der Existenz einer akuten Paranoia festhält, kann dahin kaum diese Fälle rechnen, da sie eine langsamere Entwicklung zeigten und nicht durch äußere Ursachen hervorgerufen wurden. Ferner mischten sich bei ihnen von vornherein zahlreiche katatone Symptome ein und traten allmählich in den Vordergrund. Meist kam es sehr bald zur Ausbildung eines Stupors. Endlich unterschieden sich von ihnen anfangs in keiner Weise manche später ungünstig sich entwickelnde Fälle mit Ausgang in typische Verblödungsformen.

Eher könnte man Zweifel hegen, ob die oft sehr schwierige Abgrenzung der Katatonien mit initialer Depression vom manisch-depressiven Irresein stets gelungen ist. Indessen würde eine etwaige spätere Feststellung einzelner Fehldiagnosen hier nichts an dem Resultate ändern, daß die Katatonien mit melancholischem und hypochondrischem Beginn eine relativ wenig gute Prognose haben.

Alles in allem ergibt sich für den Praktiker aus den mitgeteilten Katamnesen die alte Mahnung: Größte Vorsicht mit der Prognose! Die Katatonie führt meist, aber durchaus nicht immer zur Verblödung. Die Bezeichnung Dementia praecox ist daher irreleitend.

(Fortsetzung folgt.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 15. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Assistenzarzt.

Die Stelle eines Assistenzarztes an der Provinzial-Heil- und Pflege-anstalt zu **Lüneburg** (800 Kranke, 8 Aerzte, 2 Praktikantenstellen) ist zu besetzen. Gehalt im ersten Jahre 1800, im zweiten 2000, im dritten 2200 M.: bei freier Station I. Klasse. Nach 3 Jahren erfolgt Anstellung als Abteilungsarzt mit einem Gehalt von 3200 bis 4800 M. mit freier Wohnung (bei Verheiratung Familien-wohnung). Bewerbungen mit ausführlichem Lebenslauf und Approbation sind zu richten an den Direktor

Sanitätsrat Dr. **Snell.**

An der Provinzial-Irrenanstalt bei Neustadt an der Ostsee (Holstein), ca. 950 Betten, mit welcher eine Poliklinik für Nervenkrankheiten verbunden ist, ist die durch Beförderung des bisherigen Inhabers zum Oberarzt freigewordene Stelle eines

ersten Hilfsarztes

zu besetzen. Gehalt 2500 Mark neben vollständig freier Station. Voraussichtlich wird noch in diesem Jahre eine Neuregulierung der Gehalts- und Avancements-verhältnisse für die Anstaltsärzte der hiesigen Provinz eintreten. Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion zu richten.

Haematogen Hommel

Warnung!

☛ Wir warnen vor Nachahmungen und bitten stets **Haematogen Hommel** zu ordinieren. „Haematogen Hommel" wird zur sicheren Abtötung etwaiger Bakterien während 24 Stunden der höchst zulässigen Temperatur (ca. 55° C) ausgesetzt, ist daher absolut tuberkelbazillen-frei, völlig entgast und frei von Hippursäure und flüchtiger Fettsäure, während die auf kaltem Wege mittels Äther-fällung dargestellten Nachahmungen nur gewöhnliche Mischungen repräsentieren, sie bieten keine Sicherheit der Keimfreiheit und bleiben mit den Gasen und Excretionsstoffen des Blutes belastet.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S.

Der Warenhausdiebstahl.

Von

Dr. med. **Leopold Laquer,**

Nervenarzt in Frankfurt a. M.

Preis 1,— M.

Neuronal

(Bromdiaethylacetamid D. R.-P.)

Bewährtes, unschädliches **Hypnoticum** in Gaben von 0,5—1,0—2,0 g.
Ausgezeichnetes **Sedativum** und Ersatz der Bromsalze in Gaben von 1—2—3 g. pro die
Antiepilepticum 3 mal täglich 0,5 g.
Analgeticum bei epileptischem Kopfweh 0,5 g.
Neuronal-Tabletten zu 0,5 g.

Neurofebrin **(Neuronal-Antifebrin āā).** Hervorragende Erfolge bei nervösem Kopfschmerz, Migräne und den Unruhezuständen der Frauen zur Zeit der Menses.
Neurofebrin-Tabletten zu 0,5 g. 987

Orexin	Jodol	Hetol
echtes Stomachicum **Orexin-Tabletten** und **Orexin-Chocol.-Tabletten.**	Bester Jodoform-Ersatz **Menthol-Jodol.**	**Hetol-Injektionen.**

Literatur durch: **Kalle & Co. A.-G., Biebrich a. Rh.**

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Wir empfehlen angelegentlichst unsere unübertrefflichen

Holzwolle-Fabrikate zu Unterlagen für unreinliche Kranke.

Deutsche Holzwolle-Fabrik Loewenstein & Co.

Berlin, Greifswalderstraße 140.

Bromalin

Ein sehr schätzbares Antiepileptikum.

In den entsprechenden Dosen übertrifft Bromalin die Bromalkalipräparate, ohne deren unangenehme Nebenerscheinungen im Gefolge zu haben. Es wird insbesondere für solche Patienten empfohlen, bei denen die üblichen Brompräparate Intoxikationserscheinungen und Foeter ex ore hervorrufen.

Bromalin-Tabletten à 1 g.

Bromipin

Bewährter Ersatz für Bromalkalien,

ohne deren Nebenwirkungen, von günstigstem Einfluß auf Bromismus nach anderweitiger Brommedikation. Besonders geeignet zur Behandlung von

Epilepsie, Hysterie, Neurasthenie etc.

Es äußert prompte sedat. Wirkung, baldige Besserung des Ernährungszustandes und Hebung d. Allgemeinbefindens.

Literatur steht zu Diensten!

E. MERCK-DARMSTADT.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823

Nr. 15. 4. Juli **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Entwurf eines badischen Gesetzes die Irrenfürsorge betreffend.

Wir sind in der Lage, den „Entwurf eines badischen Irrengesetzes", der nunmehr den Landständen zur Beratung und Beschlußfassung zugegangen ist, mitzuteilen. Er steht somit zur öffentlichen Diskussion und zur Prüfung durch die Vertreter der Psychiatrie. Der Entwurf ist mit einer sehr eingehenden Begründung versehen, die ihrer Ausführlichkeit wegen hier nicht mit zum Abdruck gelangen kann. Wer sich intensiver mit der Materie befassen will, wird jedoch dieser Begründung nicht entbehren können. Das Gesetz, das sich im wesentlichen mit der Unterbringung und Zurückhaltung Geisteskranker in der Irrenanstalt ohne oder gegen ihren Willen befaßt, wird ergänzt werden durch eine landesherrliche Verordnung, die das ganze Irrenfürsorgewesen — Aufnahme- und Entlassungsverfahren — neu regelt und uns auch die freiwilligen Aufnahmen bringen wird.

Voraussetzungen der Unterbringung in Irrenanstalten.

§ 1.

Ein Geisteskranker darf ohne oder gegen seinen Willen in einer Irrenanstalt untergebracht und darin zurückgehalten werden:

1. auf Antrag eines zur Antragstellung Berechtigten (§ 2), wenn
   a) die Geisteskrankheit und die Notwendigkeit der Anstaltsfürsorge durch das Zeugnis eines beamteten Arztes (§ 3) bestätigt und
   b) die Aufnahme durch das Bezirksamt (§ 4 Abs. 1) für statthaft erklärt ist,
2. auf Anordnung des Bezirksamts, wenn die Anstaltsfürsorge zur Sicherheit des Kranken selbst oder im öffentlichen Interesse geboten erscheint (§ 5).

Antragsberechtigte.

§ 2.

Berechtigt zur Stellung des Antrags (§ 1 Ziff. 1) ist:

1. bei minderjährigen und entmündigten Kranken der gesetzliche Vertreter gemäß §§ 1631 und 1800 B. G. B.;
2. bei volljährigen nicht entmündigten Kranken die unterhaltspflichtigen Familienangehörigen;
3. beim Fehlen oder bei Verhinderung der in Ziffer 2 bezeichneten Antragsberechtigten die mit der Fürsorge für den Kranken befaßten Behörden, sonstigen öffentlichen Organe oder Verwandten;
4. bei Geisteskranken, die im armenrechtlichen Sinne hilfsbedürftig sind, der unterstützungspflichtige Armenverband;
5. bei Zwangszöglingen das die Zwangserziehung leitende Bezirksamt;
6. bei Straf- und Untersuchungsgefangenen sowie bei Insassen des polizeilichen Arbeitshauses die zuständige Behörde;
7. bei aktiven Militärpersonen die vorgesetzte Militärbehörde.

Ärztliches Zeugnis.

§ 3.

(1.) Das ärztliche Zeugnis (§ 1 Ziffer 1a) muß von dem für den Aufenthaltsort des Kranken zuständigen Bezirksarzt auf Grund einer nicht länger als zwei Wochen zurückliegenden persönlichen Untersuchung des Geisteskranken ausgestellt sein und das Vorhandensein einer Geisteskrankheit sowie die Notwendigkeit der Anstaltsfürsorge bezeugen.

(2.) Das bezirksärztliche Zeugnis (Abs. 1) kann ersetzt werden durch das Zeugnis eines Arztes der öffentlichen Irrenanstalt, in welche die Aufnahme erfolgen soll, bei Straf- und Untersuchungsgefangenen durch das Zeugnis des Arztes der Strafanstalt und bei Militärpersonen durch das Zeugnis des Vorstandes des zuständigen Garnisonlazaretts.

(3.) Im Fall der Übernahme eines Kranken aus dem Reichsausland genügt das Zeugnis eines Arztes an einer ausländischen öffentlichen Irrenanstalt oder eines sonstigen beamteten Arztes.

Statthafterklärung.

§ 4.

(1.) Zuständig zur Statthafterklärung (§ 1 Ziff. 1b) ist das Bezirksamt des Wohnsitzes des Kranken; in Ermangelung eines inländischen Wohnsitzes ist das Bezirksamt des Aufenthaltsortes des Kranken, beim Fehlen eines Wohnsitzes und Aufenthaltsortes im Großherzogtum das Bezirksamt des Anstaltsortes und

im Falle der Übernahme eines Geisteskranken in das Großherzogtum das Bezirksamt zuständig, welches die Übernahme vermittelt.

(2.) Die Statthafterklärung gilt als polizeiliche Verfügung im Sinne des § 4 Abs. 1 Ziff. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes. Die Klage steht dem Kranken selbst zu, wenn er geschäftsfähig ist, ferner seinem gesetzlichen Vertreter und, falls ein solcher nicht vorhanden ist, den unterhaltpflichtigen Familienangehörigen, sowie bei Geisteskranken, die im armenrechtlichen Sinne hilfsbedürftig sind, dem unterstützungspflichtigen Armenverband.

Unterbringung auf bezirksamtliche Anordnung.

§ 5.

(1.) Geisteskranke, die für sich selbst oder andere Personen oder für das Eigentum gefährlich oder für die öffentliche Sittlichkeit anstößig oder in bezug auf Aufsicht, Schutz, Verpflegung oder ärztlichen Beistand verwahrlost oder gefährdet sind, können durch das Bezirksamt (§ 4 Abs. 1) nach Beratung im Bezirksrat in öffentlichen Irrenanstalten untergebracht werden, wenn die Geisteskrankheit und die Notwendigkeit der Anstaltsfürsorge sowie das Vorliegen einer der erwähnten Voraussetzungen auf Grund persönlicher Untersuchung von dem für den Aufenthaltsort des Kranken zuständigen Bezirksarzt oder dem Vorstand einer öffentlichen Irrenanstalt, bei Strafgefangenen von dem Strafanstaltsarzt bestätigt ist.

(2.) Auf die gegen die Anordnung des Bezirksamts nach § 4 Abs. 1 Ziff. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes zulässige Klage findet § 4 Absatz 2 Satz 2 Anwendung.

Fürsorgliche Unterbringung im Dringlichkeitsverfahren.

§ 6.

(1.) In dringenden Fällen kann die sofortige fürsorgliche Unterbringung eines Geisteskranken in einer Irrenanstalt ohne Antrag eines Antragsberechtigten und ohne bezirksamtliche Statthafterklärung (§ 4) oder Anordnung (§ 5) erfolgen, wenn die Notwendigkeit der sofortigen Aufnahme zum Zweck der Heilung des Kranken oder zur Vermeidung von Gefahren für den Kranken selbst oder für andere Personen oder für das Eigentum oder für die öffentliche Sittlichkeit von dem für den Aufenthaltsort des Kranken zuständigen Bezirksarzt auf Grund unmittelbar vorhergehender persönlicher Untersuchung des Kranken bestätigt wird.

(2.) Die Bestimmung des § 3 Abs. 2 findet hier ebenfalls Anwendung.

(3.) Wenn die fürsorgliche Unterbringung in einer Privatirrenanstalt erfolgen soll, kann das bezirksärztliche Zeugnis ersetzt werden durch das Zeugnis eines Arztes der Privatirrenanstalt, sofern dieser Arzt vom Ministerium des Innern hierzu besonders ermächtigt ist. Jedoch ist in einem solchen Falle der Kranke binnen 24 Stunden nach der Aufnahme vom Bezirksarzt zu untersuchen und, falls dieser das Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 1 nicht bestätigt, sofort zu entlassen.

(4.) Von der Aufnahme hat der Anstaltsleiter dem Bezirksamt (§ 4 Abs. 1) binnen 24 Stunden Mitteilung zu machen.

(5.) Wird nicht binnen sechs Wochen nach der Aufnahme des Geisteskranken in der Irrenanstalt der Antrag eines nach § 2 Antragsberechtigten und die Statthafterklärung oder eine bezirksamtliche Anordnung nach § 5 nachgebracht, so ist der fürsorglich Aufgenommene zu entlassen; falls aber nach dem pflichtmäßigen Ermessen des Anstaltsleiters die Voraussetzungen des § 5 vorliegen, ist noch vor Ablauf der Frist dem Bezirksamt (§ 4 Abs. 1) Anzeige zu erstatten und bis zur Erlassung der Entschließung des Bezirksamts, die binnen einer Frist von längstens sechs Wochen erfolgen soll, der Kranke fürsorglich in der Anstalt zurückzuhalten.

Unterbringung zur Beobachtung des Geisteszustandes.

§ 7.

(1.) Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes können, abgesehen von den reichsgesetzlich geregelten Fällen, in öffentlichen Irrenanstalten ohne oder gegen ihren Willen untergebracht werden:

1. Zwangszöglinge und Personen, bezüglich deren das Zwangserziehungsverfahren eingeleitet ist, auf Anordnung des Vormundschaftsgerichts;
2. Strafgefangene und Insassen des polizeilichen Arbeitshauses auf Anordnung der zuständigen Behörde;
3. aktive Militärpersonen auf Anordnung der vorgesetzten Militärbehörde.

(2.) Die Verwahrung darf in diesen Fällen die Dauer von sechs Wochen nicht übersteigen.

Entlassung; Einspruch gegen die Zurückhaltung.

§ 8.

(1.) Die wegen Geisteskrankheit in Irrenanstalten untergebrachten Personen dürfen gegen ihren Willen in der Anstalt nicht länger zurückgehalten werden, wenn sie als nicht geisteskrank erkannt werden, oder wenn nach dem pflichtmäßigen Ermessen des Anstaltsleiters Heilung eingetreten ist, oder wenn die Statthafterklärung (§ 4) oder die bezirksamtliche Anordnung (§ 5) zurückgezogen oder aufgehoben wird.

(2.) Gegen die Zurückhaltung eines Geisteskranken in der Anstalt steht dem Kranken selbst, wenn er geschäftsfähig ist, ferner seinem gesetzlichen Vertreter und, wenn ein solcher nicht vorhanden ist, den unterhaltpflichtigen Familienangehörigen der Einspruch zu. Über den Einspruch entscheidet das Bezirksamt nach Beratung im Bezirksrat; auf die gegen die bezirksamtliche Verfügung nach § 4 Abs. 1 Ziff. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes zulässige Klage findet § 4 Abs. 2 ebenfalls Anwendung.

Entlassung bei Wegfall des Antrags.

§ 9.

(1.) Die Entlassung muß ferner erfolgen, wenn der nach § 2 gestellte Antrag zurückgezogen wird, oder wenn der Antragsteller stirbt, geschäftsunfähig wird

oder die Antragsberechtigung verliert und nicht ohne Verzug ein Antrag von einem dazu Berechtigten gestellt wird.

(2.) Liegen jedoch in einem solchen Falle nach dem pflichtmäßigen Ermessen des Anstaltsleiters die Voraussetzungen des § 5 vor, so hat der Anstaltsleiter unverweilt dem Bezirksamt (§ 4 Abs. 1) Anzeige zu erstatten, welches alsdann das Weitere nach § 5 zu veranlassen hat. Die Bestimmung des § 6 Abs. 5 am Ende findet hier ebenfalls Anwendung.

(3.) Nach Maßgabe des Absatzes 2 ist auch zu verfahren, wenn bei einem auf seinen eigenen Antrag in einer Irrenanstalt untergebrachten Kranken in dem Zeitpunkt, in dem er seine Entlassung verlangt, die Voraussetzungen des § 5 nach dem pflichtmäßigen Ermessen des Anstaltsleiters vorliegen. Das gleiche gilt, wenn diese Voraussetzungen bei einer zur Beobachtung ihres Geisteszustandes eingewiesenen Person (§ 7) beim Ablauf der Beobachtungsfrist vorliegen; die Anzeige (Abs. 2 Satz 1) hat in diesem Falle an die Behörde zu erfolgen, welche die Beobachtung angeordnet hat.

Unterbringung in Kranken- und Armenanstalten.

§ 10.

(1.) Die Bestimmungen der §§ 1—4, 8 und 9 finden auf die Unterbringung von Geisteskranken in öffentlichen Kranken- und Armenanstalten entsprechende Anwendung.

(2.) Jedoch dürfen in derartigen Anstalten nur solche Geisteskranke nicht bloß vorübergehend untergebracht werden, die nach dem Zeugnis eines Bezirksarztes oder des Vorstandes einer inländischen öffentlichen Irrenanstalt der psychiatrischen Behandlung und der Unterbringung in einer Irrenanstalt nicht bedürfen.

(3.) Andere Geisteskranke dürfen in solchen Anstalten nur beim Vorliegen der Voraussetzungen des § 6 Absatz 1 vorübergehend untergebracht werden, wenn und solange die Überführung in eine Irrenanstalt nicht ausführbar ist. Das bezirksärztliche Zeugnis kann in diesen Fällen durch das Zeugnis des Anstaltsarztes ersetzt werden.

(4.) Das gleiche (Abs. 3) gilt, wenn ein nicht wegen Geisteskrankheit in einer solchen Anstalt Untergebrachter nachträglich sich als geisteskrank erweist.

Vollzugsbestimmungen.

§ 11.

Unser Ministerium des Innern und, soweit die psychiatrischen Kliniken berührt werden, Unser Ministerium der Justiz, des Kultus und Unterrichts sind mit dem weiteren Vollzug betraut.

Gegeben usw.

Wir enthalten uns hier zunächst einer motivierten Stellungnahme zum Entwurf und geben lediglich einigen begleitenden Bemerkungen Raum.

Die badische Psychiatrie hatte sich, soviel wir wissen, anfänglich zur Vorlage eines Irrengesetzes einstimmig ablehnend verhalten, nicht wegen des Inhalts des Entwurfs, sondern aus dem prinzipiellen Bedenken, ob der gegenwärtige Zeitpunkt für die Verbescheidung eines Irrengesetzes durch die Volksvertretung opportun sei. Es bestand die Befürchtung, daß die auch in den gebildeten und gebildetsten Kreisen noch reichlich vorhandenen Vorurteile gegen Irrenanstalten und Irrenärzte, gegen Anstaltsunterbringung wie auch über den Schutz vor Freiheitsberaubung zu einer Verschlimmerung des Entwurfs, die einen Rückschritt gegenüber der jetzigen Regelung durch das Verordnungswesen bedeuten würde, treiben könnten; vor allem aber, ob nicht durch dieses badische Gesetz der Anstoß zur Inangriffnahme eines Reichsirrengesetzes gegeben werde, das nach der gegenwärtigen parlamentarischen Situation eher ein rückschrittliches als ein freiheitliches zu werden verspreche.

Die Großh. Regierung hielt sich aber durch Verfassungsgrundsätze gebunden, an ihrer Absicht festzuhalten. Das Nähere hierüber bietet die Begründung.

Der vorliegende Entwurf kann nun von uns Irrenärzten im ganzen als annehmbar und mit Ausnahme einer einzigen Bestimmung als ein freiheitlicher angesehen werden, bei dem die Geisteskranken und damit das Irrenfürsorgewesen wohl fahren werden. Hoffentlich erfährt er durch die Beratung im Landtage keine Beschränkungen und zweckwidrigen Änderungen.

Die eben von uns genannte Ausnahme bezieht sich auf §§ 1 und 3, wonach nur ein beamteter Arzt (gewöhnlich der Bezirksarzt) das ärztliche Aufnahmegutachten ausstellen kann. Von den Irrenärzten war angestrebt worden, daß, wie bei körperlichen Kranken auch, das Gutachten eines deutschen approbierten Arztes ausreichend sein solle. Welche Gründe die Regierung zur Ablehnung dieses Antrags geführt haben, ist uns nicht bekannt. Das Spukgespenst der Freiheitsberaubung dürfen wir hier ja ausschließen! Jedenfalls bedeutet diese Bestimmung eine wesentliche Erschwerung und oft Verzögerung des ganzen Aufnahmeverfahrens, die der ärztlichen Forderung auf möglichste Erleichterung und Beschleunigung der Anstaltsunterbringung, also so recht dem eigentlichen Interesse des Kranken zuwiderläuft. Nicht aus Böswilligkeit, sondern notgedrungen aus dem Zwange der Verhältnisse heraus und zugunsten des Kranken wird man sehr oft zu einer Umgehung des ordentlichen Verfahrens mit Hilfe des § 6 (Fürsorgliches Aufnahmeverfahren) und § 3 Ziffer 2 (Ausstellung des Zeugnisses durch den Anstaltsarzt) schreiten müssen.

Wenn hier noch eine Abänderung in unserm Sinne zustande käme, wäre es außerordentlich zu begrüßen.

In der Begründung zu § 1 ist ausdrücklich festgelegt, daß die Frage der Entmündigung vollständig losgelöst werden müsse von der Frage der Unterbringung eines Geisteskranken im Krankenhause d. h. in der Irrenanstalt, daß diese vielmehr rein eine Sache der Polizeibehörde, der Medizinalverwaltung bleiben müsse.

Besonders wichtig ist die Bestimmung in § 6, wonach eine dringliche Aufnahme nicht nur wegen Gemeingefährlichkeit usw. des Kranken, sondern auch zum Zwecke seiner Heilung fürsorglich vollzogen werden kann.

§ 7 bestimmt, daß außer Strafgefangenen und Militärpersonen auch Zwangszöglinge usw. und Insassen des polizeilichen Arbeitshau zur Beobachtung ihres Geisteszustandes in die Ir anstalten eingewiesen werden können. Nach § soll in öffentlichen Kranken- und Arm anstalten, die also keine Irrenanstalten sind, Unterbringung von Geisteskranken nur unter bes deren Kautelen und bei dringlichen Fällen nur v übergehend erfolgen. Zugleich ist darin einbegri daß in Privatkrankenhäusern — wozu a die offenen Sanatorien zu rechnen sein werden eine Unterbringung von Geisteskranken ausgeschlossen sei, soweit es sich nicht um gewerbepolizeilich k zessionierte Privatirrenanstalten handelt.

Entmündigung wegen Trunksucht.

(Zugleich eine Antwort auf die ministerielle Rundfrage vom 20. Mai 1900.)

Von Dr. *Waldschmidt*-Nikolassee.

(Schluß.)

Diese Zahlen scheinen mir eines besonderen Kommentars nicht zu bedürfen, sie beweisen ohne weiteres, daß die Entmündigungen wegen Trunksucht auf die Häufigkeit des Vorkommens derselben keine Schlußfolgerungen zulassen. Ich verweise hierbei auf den oben gestreiften Rückgang der Entmündigungen wegen Geisteskrankheit und Geistesschwäche trotz der enormen Steigerung der Geisteskrankheiten überhaupt; wer wollte da von dem einen auf das andere schließen wollen?! Übrigens vermag ich in den von der Justizstatistik für das deutsche Reich veröffentlichten Zahlen ein „fortwährendes Steigen" der wegen Trunksucht ausgesprochenen Entmündigungen nicht zu finden, wie Dr. jur. Fritz Böckel in seiner neuesten, übrigens sehr beachtenswerten Schrift „Alkoholismus und Recht" auf Seite 96 ausführt. Auch kann ich dem Autor (ebenda) in seinen Schlüssen nicht zustimmen, wenn er die Anfechtungsklagen und die daraufhin erfolgte Wiederaufhebung der Entmündigung wegen Trunksucht als einen günstigen moralischen Einfluß der Entmündigung kennzeichnet; von 100 Wiederaufhebungs-Beschlüssen von Entmündigungen überhaupt betrafen nach seiner Angabe im Jahre 1900 nur 2,1, im Jahre 1905 aber 24,4 wegen Trunksucht Entmündigte. Es will mir die Erklärung hierfür vielmehr in dem Mangel an Einsicht, in der krankhaften Selbsttäuschung sowie in der Reizbarkeit der Alkoholisten gegenüber Bevormundungen jeder Art gelegen erscheinen, abgesehen von den höheren Zahlen der wegen Trunksucht Entmündigten gegen die Entmündigungen überhaupt; übrigens ist nicht ersichtlich, ob die Entmündigten und wieder Bemündigten denselben Jahren angehören, was zur Beurteilung des Entmündigungseffekts auf die Psyche des Einzelnen nicht unwesentlich ist.

Wenn in Preußen im Jahre 1904 von 503 wegen Trunksucht Entmündigten 71 wieder bemündigt wurden, wenn dies im Jahre 1905 bei 584: 85 mal, 1906 bei 636: 98 mal, also in 15½% der Fälle geschah, so dürfte vielleicht die Warnung vor allzu zeitiger Aufhebung der Entmündigung am Platze sein. Solange das Damoklesschwert über dem Haupte des entmündigten Trunksüchtigen schwebt, fühlt sich der Patient, wenn er nicht schon zu stumpf gegen derartige Einflüsse ist, beengt; der freiere Flügelschlag soll ihm indes erst dann wieder gestattet werden, wenn er durch längere Zeit hindurch bewiesen hat, daß seine Widerstandsfähigkeit groß genug geworden ist, um einigermaßen Gewähr dafür zu leisten, daß er sich halten kann. Eine psychische Kraft erhöht sich aber erfahrungsmäßig mit der Zeit in dem Maße, wie seine Enthaltsamkeit von geistigen Getränken zunimmt. Da dies der Gradmesser für den Alkoholkranken ist, der dank seiner Chronizität bereits entmündigungsreif wurde, wird es nicht schwer, den Befähigungsnachweis für sein tadelloses Verhalten erbringen zu lassen. Als Mindestes müßte ein Jahr nach erfolgreicher Behandlung in einer Spezialanstalt für Alkoholkranke gefordert werden, bevor die Be-

mündigung vorgenommen wird. So gut aber wie eine Person, dem § 1906 B. G. B. gemäß, unter „vorläufige Vormundschaft" gestellt werden kann, sollte umgekehrt der Richter imstande sein, eine „vorläufige Bemündigung" eintreten zu lassen, die ihm ohne weitere Formalien jederzeit gestattet, die volle Beschränkung wieder herzustellen oder aber die Entmündigung selbst aufzuheben. Daß es sich bei der Entmündigung wegen Trunksucht viel mehr um eine sicherheitspolizeiliche oder soziale als um eine ärztlich-behandelnde Maßnahme handelt, wie Wehmer („Praktische Erfahrungen bei Entmündigung Trunksüchtiger") mit vollem Recht betont, wird auch durch die nachstehenden Zahlen bewiesen, welche dartun, in wie seltenen Fällen die Trinkerheilstätten von entmündigten Trunksüchtigen in Anspruch genommen werden.

Welche Hoffnungen in den Kreisen, welche der Trinkerfürsorge sich anzunehmen bereit waren, auf das B. G. B. gesetzt wurden, beweist die nackte Tatsache, daß sich die Zahl der Trinkerheilstätten in Deutschland seit jener Zeit ganz außerordentlich vergrößert hat. Während vom Jahre 1851, als die erste derartige Anstalt ins Leben gerufen wurde, bis 1899 im ganzen 12 Trinkerheilstätten als Wohlfahrtseinrichtungen mit insgesamt 435 Betten allmählich entstanden waren, wurden von 1900 bis heute 19 Heilstätten mit 702 Betten errichtet. Die Tatsachen aber blieben hinter den Erwartungen weit zurück; die Trinkerheilstätten wurden wenig aufgesucht und standen teilweise zur Hälfte, teils zu einem Drittel leer. Erst das letzte Jahr (1907) hat eine größere Aufnahmeziffer zu verzeichnen, worüber weiter unten einige Zahlen. Dieses an sich erstaunliche Faktum deckt sich nun vollkommen mit der noch vielfach verbreiteten Art und Weise der Beurteilung des Alkoholismus im allgemeinen und der Bewertung der Heilbehandlung im besonderen. Wenn auch erst in jüngster Zeit die öffentliche Meinung über die Alkoholfrage in Umwandlung begriffen zu sein scheint, so ist es doch nicht begreiflich, daß man noch heute vielfach psychiatrischen Auffassungen begegnet, die in keinem Verhältnis zu der Wertmessung der Trinkerfürsorge stehn, wie sie vom sozial-medizinischen Standpunkte gefordert werden muß. Gewiß lichten sich die Reihen derjenigen Psychiater, welche den Alkoholisten in der Anstalt 24 Stunden zum Ausschlafen ihres Rausches oder einige Tage zum Durchmachen ihres Deliriums gönnen, und auf diese Weise ihre Heilstatistik verbessern; aber bedauerlich bleibts doch — das muß offen ausgesprochen werden —, daß seit der Tagung der deutschen Irrenärzte im Jahre 1877 zu Nürnberg, auf welcher unter dem Vorsitz von W. Nasse-Bonn eine Resolution des Inhalts gefaßt wurde: „daß die krankhafte geistige Beschaffenheit Trunkfälliger anerkannt werde, und daß mit Rücksicht hierauf die Berechtigung zur unfreiwilligen Unterbringung derselben in besonderen, zur Heilung von Trinkern bestimmten Anstalten auszusprechen sowie die Gründung solcher Anstalten geboten sei", so gut wie nichts von dieser Seite geschehen ist. Ich mache es gerade den deutschen Irrenärzten zum Vorwurf, daß sie trotz besserer Einsicht und Kenntnis der Materie als die Berufensten hierzu nichts veranlassen, was diesseitige Interessen geradezu herausfordern. Und als Beweis dafür führe ich folgendes an, wodurch gleichzeitig die weiteren Punkte der behördlichen Rundfrage ihre Erledigung finden.

Es bestehen heute in Deutschland 47 Anstalten zur Aufnahme von Alkoholkranken, sogenannte Trinkerheilanstalten, mit insgesamt 1429 Betten; davon sind 1183 für Männer, 204 für Frauen bestimmt, während 42 Betten (in Privatanstalten) beiden Geschlechtern dienen. Von diesen 47 Anstalten wurden als Wohlfahrtseinrichtungen 37 mit 1229 Betten gegründet; die übrigen 10 Anstalten sind Privatunternehmungen, welche Erwerbszwecken dienen und deshalb hier nicht weiter interessieren. Von den ersteren verdanken 4 Anstalten mit 246 Betten ihre Entstehung den Bezirksvereinen des Deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, 426 Betten entfallen religiösen Gemeinschaften (davon wurden 214 B. in 7 Anstalten von evangelischer, 212 B. in 4 Anstalten von katholischer Seite gegründet). Die übrigen Anstalten sind entweder besonders für den Zweck ins Leben gerufenen Vereinen oder Privatpersonen zu verdanken, welche ihre freie Liebestätigkeit in der „Trinkerrettung" zu befriedigen suchen und teilweise einer mehr weniger ausgesprochenen religiösen Tendenz huldigen. — Es ist aber eine weitere Reduzierung dahin geboten, unter den Wohlfahrtseinrichtungen solche nicht weiter in Betracht zu ziehen, welche neben den Alkoholkranken auch andern Personen zur Aufnahme dienen; hierher gehören 4 Heime für Frauen, welche insgesamt 67 Betten Alkoholistinnen zur Verfügung stellen. Es bleiben demnach 31 reine Trinkerheilstätten mit 1137 B. (1062 für M., 75 für Fr.) zur besonderen Beachtung. Diese Anstalten verteilen sich auf die einzelnen Staaten wie folgt: Preußen weist in 24 Anstalten 986 Betten auf und zwar hat Brandenburg 2 Heilstätten mit 193 B., Hannover 1 mit 40 B., Hessen 2 mit 25 B., Holstein 2 mit 76 B., Ostpreußen 1 mit 30 B., Westpreußen 2 mit 31 B.,

Pommern 2 mit 42 B., Posen 2 mit 43 B., Rheinland 3 mit 162 B., Schlesien 5 mit 138 B., Westfalen 2 mit 206 B. — Im Königreich Sachsen befindet sich 1 Anstalt mit 23 B., Bayern 1 mit 22 B., Württemberg 1 mit 21 B., Baden 1 mit 35 B., Thüringen 1 mit 10 B., Mecklenburg 1 mit 10 B. und Hamburg 1 mit 30 Betten.

In diesen 31 Anstalten mit 1137 Betten wurden nun im Jahre 1907 zusammen 1500 Alkoholkranke aufgenommen. Hiervon waren wegen Trunksucht 188 entmündigt, und am Jahresschluß befanden sich in ihnen 761 Alkoholisten. Diese Zahlen beweisen, wie mir scheint, zur Genüge, was es mit der Alkoholisten-Behandlung z. Z. auf sich hat, und ferner, wie wenig die Heilstätten-Belegung von dem § 6, 3 B. G. B. beeinflußt wird. Während die Zahl der in den allgemeinen Krankenanstalten sowie in den Irrenanstalten untergebrachten Alkoholisten nach zehntausenden zählt, ist die Gesamtaufnahme in 31 Spezialanstalten 1500 (!), und während nur 188 wegen Trunksucht Entmündigte in diesen Anstalten aufgenommen wurden, sind fast sechsmal (!) so viel zur Entmündigung gelangt; und endlich: während die Bettenzahl 1137 ist, sind am Jahresschluß nur 761, d. i. $^2/_3$ (!) derselben, belegt. Es muß hierzu betont werden, daß das Jahr 1907 als ein außerordentlich günstiges in bezug auf die Frequenz in den Trinkerheilstätten betrachtet werden kann; keins der früheren Jahre brachte eine so große Aufnahmeziffer und eine gleich gute Durchschnittsbelegung. Und trotzdem muß es befremden, daß von den Einrichtungen so wenig Gebrauch gemacht wird. Eine Erklärung hierfür ist unbedingt darin zu suchen, daß man dem Trunksüchtigen allgemein nicht energisch genug entgegentritt; daß man seiner freien Willensbestimmung anheimgibt, eine Heilstätte aufzusuchen oder nicht; daß die vorher bezeichnete Indolenz und die bereits besprochenen Gründe für die Stellung von Entmündigungsanträgen mit denen für die Unterbringung von Alkoholkranken identisch sind; daß es heute keine anderen Machtmittel gibt, sich anders als durch die Entmündigung eines Alkoholisten zu entledigen; und daß man in der vorgefaßten Meinung, doch nichts erreichen zu können, alles gehen läßt, wie es geht. Der Schutz des Alkoholisten vor sich selbst fehlt vollkommen; er ist herbeizuführen durch ein Gesetz, auf Grund dessen ein Alkoholkranker ohne Entmündigung, auch ohne von seinem (krankhaften) Willen abhängig zu sein, zwangsweise einer Heilbehandlung unterzogen werden kann. Diese Forderung muß vom nationalökonomischen wie vom sozial-medizinischen Standpunkte aus gestellt werden. In erster Linie ist die Heilung des kranken Gliedes der menschlichen Gesellschaft anzustreben und erst dann, wenn nach ergebnislosen Versuchen die Unheilbarkeit erwiesen, die Bedingungen für die Anwendung des § 6, 3 erfüllt sind, soll zur Entmündigung geschritten werden. Auf keinen Fall darf man die Entmündigungsfrage mit der Behandlungsfrage und zwar hier ebensowenig verquicken, diese von jener abhängig machen, wie bei jeder anderen Krankheitsform.

Daß die Trinkerheilstätten seit 1900 sich so vermehrt haben, daß sie den oben mitgeteilten Zugang erreichten, ist weniger der Einführung des Entmündigungsparagraphen als vielmehr der allgemeinen Bewegung in der Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs zu verdanken. Und daß bisher diese Bewegung in bezug auf die Heilstätten keinen besseren Erfolg aufzuweisen hatte, dafür dürfte ein Zug in den ganzen Antialkohol-Bestrebungen verantwortlich zu machen sein, der trotz aller Aufklärung auch heute noch die sittlich-religiöse Seite in den Vordergrund drängt. Ein Blick auf die Entstehungsgeschichte der Trinkerheilstätten und ihre Leitung genügt vollkommen, um den Standpunkt zu charakterisieren, welchen heute die allermeisten Anstalten für Alkoholkranke aufweisen. Es soll durchaus nicht in Abrede gestellt werden, daß bei der Heilung eines Kranken die psychische Beeinflussung eine wesentliche Rolle spielt; es begreift sich, daß Krankenanstalten mit stark ausgeprägtem konfessionellen Charakter ins Leben gerufen werden, aber es rechtfertigt sich nicht, daß die Trinkerheilstätten in so erheblichem Maße, wie es der Fall ist, den allgemeinen Gesetzen, die man an Einrichtung und Betrieb von Krankenhäusern stellt, nicht genügen. Wenn es möglich ist, daß von den 31 Trinkerheilstätten nicht weniger als bei 24 die Leitung (in erster Linie) in der Hand von Geistlichen liegt, einige davon zwar ihren Hausarzt haben, während andere sich damit begnügen, daß ein Arzt bei besonderen Erkrankungsfällen geholt wird; daß von den acht übrigen sechs aus Interesse für die Sache mehr weniger ehrenamtlich, eine überhaupt nicht ärztlich versorgt wird, so kann es nicht Wunder nehmen, daß beim Volk, welches dem einseitig religiösen und besonders dem sektenhaften Wesen nicht zugetan ist, aber auch in ärztlichen Kreisen sich Meinungen über die Alkoholisten-Behandlung bilden, die zur Förderung unserer Heilstättenbestrebungen wenig beitragen. Es existiert heute nur eine einzige Spezialanstalt für Alkoholkranke, welche nach rein medizinischen Grundsätzen aufgebaut und von eigens dazu angestellten Ärzten geleitet wird. Während die andern 30 nur offene Häuser sind, die übrigens nicht alle das

Prädikat „Heilstätte“ verdienen, bietet die oben gekennzeichnete Anstalt außer offenen auch Häuser mit geschlossenem Charakter. — Wie in ihrem inneren Betriebe sind auch Bau und Einrichtung der heutigen Trinkerheilstätten außerordentlich verschieden, ihre Größe schwankt zwischen 6 und 180 Betten. Von den kleinsten Bauernhäusern bis zu den größten Palästen, teilweise mit angrenzenden Kapellen und Betsälen zur Befriedigung religiöser Exerzitien, um des „Lasters“ Herr zu werden, oder in Verbindung mit Arbeiterkolonien — eine ebenfalls nicht gerade glückliche Form, um den Stempel der Behandlungsart nicht von vornherein aufzudrücken — harren die heutigen Spezialanstalten für Alkoholkranke noch der staatlichen Förderung und der öffentlichen Anerkennung.

Aus diesen Darlegungen in Erledigung der ministeriellen Umfrage geht hervor, daß die Trinkerheilstätten und die damit verbundene Trinkerheilbehandlung sich durchaus nicht in den wünschenswerten, ja erforderlichen Bahnen bewegen. Die Abstellung der vorhandenen Mängel läßt sich angesichts der Grundsätze, welche uns heute für die Unterbringung von Kranken Gesetz sind, unter Berücksichtigung der bestehenden Verhältnisse leicht mit einigem guten Willen, aber energischem Frontmachen gegen das Mangelhafte und Lässige, was in der ganzen Trinkerfürsorge von heutzutage bei aller Anerkennung der Verdienste, die man sich um die Sache erworben hat, beruht, ja ihr den Charakter aufdrückt, herbeiführen. Um dies Ziel zu erreichen, wird es für Preußen am leichtesten sein, das Gesetz vom 11. Juli 1891 betreffend die Fürsorge für Geisteskranke, Epileptische, Idioten, Blinde und Taubstumme, um die Alkoholkranken zu erweitern; den übrigen Bundesstaaten wird es aber nicht schwer fallen, in die staatliche Fürsorge die Alkoholkranken ebenfalls aufzunehmen.

Zur Frage von den Abstinenzdelirien.

Von Dr. *Holitscher* in Pirkenhammer bei Karlsbad (Böhmen).

(Fortsetzung.)

Mit dieser Ansicht steht Ziehen vollständig vereinsamt da; selbst Bonhoeffer sagt nur, daß „die plötzliche Alkoholentziehung in nicht häufigen Fällen bei geschwächter Ernährung für sich allein imstande ist, ein Delirium auszulösen und daß diese Delirien einen kurzen, oft abortiven Verlauf haben sowie prognostisch nicht ungünstig sind.“ Unter den anderen Autoren erklären selbst jene, die die Existenz der Abstinenzdelirien zugeben, ihr Vorkommen für sehr selten. Jedenfalls widerspricht Ziehens Lehre durchaus den Erfahrungen der Trinkerheilanstalten sowie der alltäglichen Erfahrung, daß die Kranken schon mit dem ausgebildeten Delir auf die Beobachtungsstation gebracht werden; in diesen Fällen kann unmöglich die Abstinenz der entscheidende Faktor oder auch nur die Gelegenheitsursache gewesen sein.

Unter den elf Klinikern, die keine Fälle gesehen haben, in denen die plötzliche Entziehung des Alkohols mit Bestimmtheit als Veranlassung des Delirs bezeichnet werden konnte, begnügen sich Pelman, Anton, Hoche, Schultze, Wollenberg, Binswanger und Schuchardt damit, dies zu erklären und beizufügen, daß sie von der unvermittelten Entziehung des Alkohols bei Trinkern, die an ihren Kliniken gebräuchlich ist, noch niemals Nachteil gesehen haben, und daß sie keine Veranlassung haben, von dieser Methode abzugehen. Bleuler hat unter weit über 1200 Alkoholikern, die mit plötzlicher Abstinenz behandelt worden sind, einen einzigen gesehen, bei dem die Möglichkeit vorlag, daß die Abstinenz die Ursache des Deliriums gewesen sein könnte; die Wahrscheinlichkeit, daß kein Abstinenzdelirium existiert, ist nach seiner Meinung so groß, daß gar kein Grund vorliegt, mit gegenteiligen Vermutungen zu rechnen. Auch von Speyr hat einen einzigen Fall in Erinnerung, in dem das Delirium möglicherweise, durchaus nicht bestimmt, die Folge des plötzlichen Alkoholentzuges gewesen ist. An den Arrestantendelirien zweifelt er dagegen nicht, bei denen aber noch so manche andere Schädlichkeiten, Verdruß, Scham, Angst, mangelhafte Kost und Luft und namentlich Dunkelheit und Einsamkeit dazu kommen. Kraepelin endlich sagt, daß sich die Entstehung der Abstinenzdelirien kaum beweisen läßt. Bei den Arrestantendelirien ist es fraglich, ob hier wirklich die Alkoholenthaltsamkeit den wesentlichen Anlaß bildet. Es kommt zwar vor, daß am zweiten oder dritten Tage des Aufenthalts in der Klinik ein Delirium beginnt, dann war aber meistens der epileptische Anfall, der des Delir einleitet, der Anlaß, daß der Kranke auf die Klinik gebracht wurde. Kraepelin weist auch darauf hin, daß es ja niemals gelingt, ein beginnendes

Delir durch Alkoholdarreichung zum Verschwinden zu bringen, im Gegenteile sei der Verlauf bei Alkoholgaben ein schwererer. Daß Bleuler, v. Speyr und Kraepelin keinem Trinker Alkohol reichen, bedarf wohl nicht erst der Erwähnung.

Forel hat die Erfahrung gemacht, daß sich die Zahl der Todesfälle an Delirium vermindert hat, seit er den Trinkern den Alkohol plötzlich entzog. Es kommt allerdings vor, daß bei einem Alkoholiker, bei dem das Delir im Anzuge, aber noch nicht vollständig ausgebrochen war, nach plötzlicher Entziehung ein charakteristischer Anfall entsteht; die Frage, ob dieser Anfall ohne Abstinenz vielleicht etwas später ausgebrochen wäre, läßt sich begreiflicherweise nicht beantworten. Wohl aber kommen oft genug Fälle vor, in denen man durch plötzlichen Alkoholentzug das in Vorbereitung befindliche Delir am Ausbruche verhindern kann. Abstinenzdelirien sind nach Forels Anschauung nichts anderes als der Ausbruch eines bereits eingeleiteten Deliriums in gewissen Fällen, in denen die plötzliche Abstinenz zu spät kam, um den Gang der Krankheit aufzuhalten.

Aschaffenburg hingegen gibt zu, daß Fälle vorkommen, in denen die einfache Alkoholentziehung ein Delirium auslöst. Er entzieht natürlich den Trinkern den Alkohol ohne weiteres, besinnt sich aber auch nicht, ihnen gelegentlich, wenn sich am ersten oder zweiten Abend ihres Aufenthaltes in der Klinik größere Unruhe einstellt, eine Mixtura alcoholica reichen zu lassen. Wer aber, so sagt Aschaffenburg, vorschlagen wollte, den Trinkern den Alkohol allmählich abzugewöhnen, etwa in ähnlicher Weise, wie man das Morphium entzieht, der würde damit nur beweisen, daß er von der Behandlung der Trinker nichts versteht.

Von den 37 Irrenanstalten, die meine Anfrage beantwortet haben, lehnten drei wegen Mangel an geeignetem Material es ab, sich zu der Frage zu äußern. Dreißig haben erklärt, niemals Fälle beobachtet zu haben, in denen das Delir bestimmt als Folge der plötzlichen Alkoholentziehung aufgetreten war. Von den vier anderen hat Fries-Nietleben zwar selbst keine Fälle beobachtet, hält deren Vorkommen aber für möglich; unter Umständen könnte dann langsamerer Übergang oder zeitweilige Alkoholdarreichung zur Indicatio vitalis werden. Alt-Uchtspringe glaubt auf Grund seiner in Halle gemachten Erfahrungen (in Uchtspringe ist wenig Gelegenheit zu entsprechenden Beobachtungen) bejahen zu müssen, daß plötzliche Alkoholentziehung, zumal dann, wenn eine fieberhafte Krankheit hinzukommt oder ein starkes Trauma stattgefunden hat, Delirium auslösen kann. Sioli-Frankfurt a. M. hält Abstinenz für einen der Faktoren, welche imstande sind, ein Delirium auszulösen, meist ist jedoch noch ein anderer Faktor im Spiele, der die Abstinenz verursacht, Verletzungen, körperliche Krankheiten, Bettruhe, Änderung der Lebensweise, Haft usw., so daß nicht mit absoluter Sicherheit zu entscheiden ist, ob die Abstinenz allein imstande ist, das Delirium auszulösen. Ransohoff-Stephansfeld hat zwar keine Fälle beobachtet, in denen das Delirium bestimmt als Folge des Alkoholentzuges bezeichnet werden konnte, wohl aber solche, bei denen Delirien atypischer Art bald nach der Aufnahme ausbrachen; er hält die Entstehung der Delirien als Folge der plötzlichen Abstinenz für möglich, bedenklicher Natur sind diese aber niemals. Schlöß-Steinhof bei Wien berichtet, daß unter den vier Abteilungsvorständen der Anstalt drei noch keine derartigen Fälle beobachtet zu haben erklärten, während der vierte die Frage bejahte.

Was die Frage anbelangt, ob in den Anstalten der Alkohol plötzlich entzogen werde oder nicht, so lautet die Antwort beinahe einstimmig bejahend. Einige Anstaltsleiter fügen hinzu, daß sie mit diesem Verfahren sehr zufrieden sind. Ausnahmen werden fast nur für den Fall von Kollaps, Herzschwäche, wohl auch der Pneumonie, gemacht, dabei aber betont, daß es sich da immer um ganz vorübergehende Alkoholdarreichung handele. Prophylaktisch, d. h. in der Absicht, das Delir zu verhüten, reicht wohl kaum irgendeiner der befragten Psychiater Alkohol. Eine Ausnahme von der allgemein geübten plötzlichen Entziehung macht die bayerische Heil- u. Pflege-Anstalt Deggendorf, wo in bedenklichen Fällen geringe Mengen Alkohol — $^1/_2$ bis $^3/_4$ Liter Schankbier — abends in Verbindung mit großen Opiumgaben anfänglich gegeben und der Alkohol allmählich entzogen wird. Endlich hält auch Reye-Friedrichsberg-Hamburg nach Erfahrungen, die er früher, bis vor zwanzig Jahren, im St. Georgsspitale gemacht hat (nach Friedrichsberg kommen keine Deliranten), die plötzliche Entziehung für bedenklich; er hat dort Portwein eßlöffelweise gegeben. Unzweideutige Fälle von Abstinenzdelirium hat er nicht gesehen.

Aus den anderen Antworten möchte ich die von Näcke-Hubertusburg, Delbrück-Bremen, Juliusburger-Steglitz und Ganser-Dresden hervorheben, teils weil sie über ein großes Beobachtungsmaterial verfügen, teils weil sie die Fragen besonders eingehend erörtert haben. Näcke, der in Danzig eine sehr große Menge von Deliriumfällen behandelt hat (von dort stammt auch seine bekannte Arbeit über das Delirium), hat niemals einen Fall gesehen,

der nach Alkoholentziehung entstanden ist. Stets hat er allen Trinkern den Alkohol gänzlich entzogen, ohne irgendwelche Symptome zu beobachten. Er hält die Möglichkeit des Entstehens eines Delirium tremens nach plötzlicher Entziehung des Alkohols für mehr als fraglich, ja sogar für sehr unwahrscheinlich. Delbrück hat in Zürich einige Fälle gesehen, die man vielleicht so deuten könnte, in Bremen, wo seit neun Jahren, während er die Anstalt leitet, allen Patienten der Alkohol ausnahmslos sofort entzogen worden ist, hat er niemals irgendwelche üble Folgen davon gesehen. Er glaubt aber, daß man die Möglichkeit des Ausbruches von Delirium infolge von plötzlicher Abstinenz nicht bestreiten kann. Juliusburger hat seit acht Jahren den Alkohol in allen Fällen sofort und radikal entzogen und niemals ein Abstinenzdelirium oder sonst einen Nachteil davon gesehen; er gibt Kaffee oder Tee als Stimulans, Trional oder Veronal zur Beruhigung. Mit großer Energie tritt Ganser für die sofortige Entziehung ein und beruft sich dabei auf die vorzüglichen Heilerfolge bei über 1200 Deliranten. Er hat nie einen Fall von Abstinenzdelirium beobachtet. Die Hauptstütze der Annahme von alkoholischen Abstinenzdelirien sind nach seiner Meinung die Chirurgen, die den Alkoholisten, wenn sie in die Kliniken kommen, aus Sorge vor den Abstinenzdelirien möglichst das gewohnte Quantum Alkohol zu geben pflegen. Er vermutet, daß es sich da auch um eine Legende handelt, wie sie in der Behandlung der Sepsis mit großen Alkoholgaben so lange eine wenig rühmliche Rolle gespielt und noch nicht überall ausgespielt hat. Ganser hat selbst in Dresdener Ärzteversammlungen, wo die Sache gestreift wurde, die Chirurgen aufgefordert, ihr näher zu treten und die Alkoholisten ohne Schnaps usw. zu behandeln; es ist ihm aber bisher über Versuche dieser Art und deren Erfolge nichts rechtes bekannt geworden. (Auch Bleuler weist darauf hin, daß an der Roseschen chirurgischen Klinik in Zürich aus Furcht vor dem Delirium sehr viel Alkohol gegeben wurde; trotzdem war es etwas sehr gewöhnliches, daß verletzte Alkoholiker mehr oder weniger schwer delirierten.)

(Fortsetzung folgt.)

Aus der Universitätsfrauenklinik Zürich.

Beiträge zur Kenntnis der Hyperemesis gravidarum.

Von *E. Hermann Müller.*

(Fortsetzung.)

Verlauf. Die Med. Poliklinik bestätigt die Phthisis incipiens, doch vorläufig keine Indikation des künstlichen Aborts. Auswurf spärlich, trotz häufiger Sputumuntersuchungen keine Tbc.-Bazillen nachweisbar. Erbrach bis zum 1. VIII. mehrfach täglich, immerhin weniger als früher. Seither nur noch morgens. Lungenstatus wesentlich günstiger, am 8. VIII. in eine Heilstätte für Lungenkranke entlassen.

Fall 27. 24 J., Hausfrau, Zürich. 2. X. 05 bis 21. X. 05.

Anamnese. Als Kind Scharlach, Pneumonie, Masern, Windpocken und Bauchfellentzündung; seither gesund. Menses mit 11 Jahren regelmäßig alle 4 Wochen, 3 Tage dauernd, nicht stark, Krämpfe in abdomine. Heirat 1902, bis in die Mitte der ersten Schwangerschaft 1902/03 häufiges Erbrechen, einigemal Ohnmachten. Geburt im Februar 1903 normal. Zweite Gravidität 1905, von Anfang an häufiges Erbrechen, Abort im II. Monat. Dritte Gravidität 1. Juli 05. Seit 6. August Erbrechen, mehrfach täglich; keinerlei Nahrung wird ertragen. Fehlschlagen jeder internen Therapie; Aufrichten des retroflektierten Uterus und Pessarapplikation ohne Einfluß auf das Erbrechen. Im Erbrochenen bis vor 3 Wochen stets etwas Blut. Exurese normal. Alle 2—3 Tage geringe Mengen Stuhl entleert. Schlaf schlecht. Bericht des Hausarztes: Psychisch alterierte Frau, häufige Klagen über Schwindel; Gang mühevoll, schwankend, hochgradig gesteigerte Patellarsehnenreflexe und Fußklonus. Diagnose: Schwere Stoffwechselkrankheiten, deswegen und wegen der Nervosität Einleitung des künstlichen Aborts.

Status praesens. Kleine, dicke, anämische Frau. Auffallend starke Salivation, Conjunctivae ikterisch. Zunge belegt. Lippenränder mit Rhagaden und Krusten. Abdominalorgane intakt, Hochstand der Leber von der 6. Rippe bis zwei Querfinger über dem Brustkorbrand. Milz nicht palpabel. Epigastrium ausgesprochen druckempfindlich. Genitalien: Retroflexio uteri, sonst nichts Abnormes; entsprechend dem IV. Monat. Urin trüb, kein Eiweiß, aber Gallenfarbstoff, wenig Zucker. Stuhl weich, fast breiig, gelb. Puls 120, regelmäßig, schwach.

Therapie. Nährklysmen dreimal tgl., da Eismilch nicht vertragen wird, Kefir. Brom-Kokain-Suppositorien dreimal täglich.

Verlauf. 2.—3. X. Erbrechen. 4.—20. X. kein Erbrechen. 8. Kaffee verlangt, 12. Zwieback, 13. Reisbrei, 14. Milch; alles ertragen. Vom 16. X. allgemeine Kost. Seit dem 15. X. der Urin klar und ohne Beimengung pathologischer Bestandteile. 17. X. steht auf; 20. X. entlassen: Uterus anteflektiert, Pessar. — Kein Erbrechen, sehr gutes Allgemeinbefinden. Puls 90—100. Leberdämpfung unverändert.

Fall 28. 27 Jahr, Hausfrau, Zürich. 15. IX. 05 bis 11. X. 05.

Anamnese. Mutter gesund. Vater, ein Bruder und eine Schwester starben an Tuberkulose. — Pat. selbst hat häufig Magenbeschwerden und Obstipation (wegen Darmlähmung

elektrisiert). Menses mit 12 J. alle 4 Wochen, profus, 6 Tage dauernd mit heftigen Krämpfen. Letzte Periode 18. VII. 05. Seit 3 Wochen beständiges Erbrechen aller Nahrung. Während einiger Tage heftige Schmerzen in der Unterbauchgegend. Appetitlosigkeit, Schlaf schlecht. Obstipation. Exurese ohne Beschwerden.

Status praesens. Kleine, grazile, gesund aussehende Frau. Genitalien normal, entsprechend dem 2.—3. Monat. Kein Fluor. Urin klar ohne Eiweiß. Puls 72. Temp. 37.

Therapie. Vergl. Nr. 12. Karlsbader Mühlbrunn morgens nüchtern.

Verlauf. 16. IX. erbricht einmal. Klagt über das Gefühl, als ob zäher Schleim im Rachen wäre. Pappiger Geschmack im Munde. 18. IX. einmaliges unbedeutendes Erbrechen, sonst völliges Wohlbefinden. 27. IX. von heute an Fleisch und gekochte Früchte. 28. IX. Karlsbader Wasser erbrochen, übrige Nahrung behalten. 29. IX. steht auf. 2. X. bricht am Morgen zweimal; die Speisen alle gehalten. 6. X. steht auf. 10. X. erbricht am Morgen wenig. 11. X. Entlassung bei völligem Wohlbefinden, tagsüber weder Brechreiz noch Erbrechen; am Morgen Brechreiz.

Fall 29. 37 Jahr, Hausfrau, Fluntern. 4. IX. 05 bis 30. IX. 05.

Anamnese: Als Kind Masern, Scharlach, Diphtherie, Appendizitis. Letztes Jahr in Basel Alexander-Operation. Menses mit 16 J. regelmäßig alle 4 Wochen, 8 Tage dauernd schmerzlos. I. Geburt 1890: Forzeps, Puerperalfieber, Mastitis. II. Geburt 1899 normal, nachher Alexander-Operation, seither Dysmenorrhöe. Letzte Periode 9. Juli 05. Seit 5 Wochen intensives Erbrechen, keinerlei Nahrung wird behalten; Entkräftung, Appetitlosigkeit, Schlaf schlecht. Obstipation. Exurese normal.

Status praesens: Große grazile Frau. Leichte Struma. Genitalien: Elongation der Portio, sonst normaler Befund des I.—III. Grav.-Monats. Ziemlich viel Fluor albus.

Therapie. Vergl. Nr. 12.

Verlauf. 5. IX. fast alle Speisen erbrochen. 6. IX. 4 g Brom tgl. Erbricht am Vormittag Schleim. 8. IX. tgl. nüchtern Karlsbader Mühlbrunn. 7. bis 18. IX. kein Erbrechen; 17. IX. wegen Brechreiz Brom per Klysma. 19. IX. heute 2 maliges Erbrechen. 16. IX. Schleimsuppe, Milchgries. 22 IX. feste Nahrung. 29. IX. Entlassung, völliges Wohlbefinden.

Fall 30. 23 Jahr, Weberin, Glattfelden. 23. I. 06 bis 21. II. 06.

Anamnese. Mutter phthisisch. 5 Geschwister starben kurz nach der Geburt, eine Schwester mit 22 J. an Lungentuberkulose, eine zweite mit 17 J. an Gelbsucht, in der letzten Zeit gelähmt. Ein Bruder lungenkrank, eine Schwester gesund. Pat. selbst als Kind Masern, von April bis August 05 Magenerweiterung, damals Druckgefühl und Druckempfindlichkeit in der Magengegend, kein Erbrechen. Starke Abmagerung. — Menses mit 14 J. alle 4 Wochen, profus bis 5 Tage dauernd, im Beginn leichte Krämpfe im Unterleib. Heirat Dez. 04. Erste Geburt Jan. 04; in der Schwangerschaft wenig Erbrechen, stets arbeitsfähig, Geburt dauerte lang. Stillte wegen mangelnder Sekretion nur 2 Tage. Kind lebt. Letzte Periode 2. Nov. 05. Am 4. Jan. plötzliches Erbrechen; seither täglich 7—8 mal, in der letzten Zeit nur Schleim, manchmal blutig verfärbt. Der Hausarzt hielt die Krankheit für psychogen; im Verlaufe des Leidens zunehmende, schwere gemütliche Depression.

Status praesens. Schlecht genährte Frau, Haut trocken und rauh, um die Orbita dunkel. Doppelseitige Struma. Submaxillar-Drüsen vergrößert. Zunge wenig belegt, wird gerade herausgestreckt. — Paralytischer Thorax. Lungen: Atemgeräusch rauh, saccadiertes Inspirium im linken Oberlappen. Genitalien normal, entsprechend dem III. Monat. Urin: Spuren von Eiweiß. Puls 72—126, häufig wechselnd. Temp. 36,2—37,2. Sensorium frei, Gesicht ohne Innervationsstörungen, Reflexe nicht gesteigert, keine Sensibilitätsstörungen.

Therapie. Bettruhe, Diät. Brom. Orexin. Abortus arteficialis.

Verlauf. 23. bis 29. I. erbrach sie nie, erst am 29. etwas Schleim. 30. I. erholt sich rasch, erbricht am Abend. 1. bis 6. II. alles außer Schleimsuppe erbrochen; seit 4. II. Nährklysmen. Bromkali und Orexin ohne Erfolg. 7. II. bei leerem Magen wird grünlicher Schleim erbrochen. Per Klysma $^{3}/_{4}$ l physiol. Kochsalzlösung. Wegen völliger Erschöpfung, hochgradiger Abmagerung und Erfolglosigkeit jeglicher internen Therapie wird der Abortus arteficialis am 8. II. eingeleitet, am 10. II. Dilatation des inneren Muttermundes, manuelle Ausräumung. Seit Einleitung der Frühgeburt kein Erbrechen; Appetit, Schlaf und Allgemeinbefinden gut. 21. II. Entlassung gegen Verzichtschein. Pat. noch stark abgemagert, schwach, Klagen über Schwindelgefühl beim Gehen. Zunge ohne Belag. Magenplätschern. Uterus gut kontrahiert, anteflektiert, kein Exsudat, kein Fluor.

Fall 31. 26 J. (Russin), Hausfrau, Baku. 28. V. bis 5. VI. 06.

Anamnese. Als Kind Keuchhusten, Gelenkrheumatismen mit Herzaffektion, seither herzkrank. Mit 15 J. Diphtherie, mit 23 J. Masern. Menses mit 17 J. unregelmäßig, alle 2—4 Wochen, profus, 7—8 Tage dauernd, schmerzhaft. Letzte Periode 3. III. 06. Mit Eintritt der ersten Gravidität fühlte sich Pat. stets schlecht und schwach, apathisch. Seit dem 15. April Erbrechen, fast aller Nahrung. Da die Behandlung in der Heimat nichts nützt, reist sie in Begleitung des Gatten in die Schweiz, wo sie bessere Ärzte zu finden hofft. Kein Blutabgang, selten Krämpfe in abdomine. Exurese normal. Obstipation. Schlaf gestört. Appetitlosigkeit.

Status praesens. Gut genährte, wohlgebaute Frau. Brüste: reichliche Drüsensubstanz. Herz: Dämpfung nach rechts um 1 Querfinger verbreitert; diastolisches Geräusch der Mitralis und Tricuspidalis, übrige Töne rein. Genitalien normal, entsprechend dem III. Monat; kein Fluor.

Therapie. Vergl. Nr. 12.

Verlauf. 29. V. erbricht einmal geringe Mengen. 2. VI. Suppe, gesottenes Ei. 3. VI. steht auf. 5. VI. hat seit dem 29. V. nie mehr erbrochen; erträgt alle leichten Speisen sehr gut. Völliges Wohlbefinden. Entlassung. Erhält Tinct. nux mit auf den Weg.

Fall 32. 33 J., Hausfrau, Winterthur. 21. II. bis 31. III. 06.

Anamnese: Vater und Bruder starben an Lungentuberkulose, Mutter an Puerperalfieber. Als Kind Masern; 1900 wegen Retroflexio uteri in Aarau operiert, 1905 wegen Influenza im Spital Winterthur. Menses mit 15 J. regelmäßig, profus, schmerzlos, 4 Tage dauernd. 1894 während der Periode starke Kreuzschmerzen, Blutung stärker, Intervalle unregelmäßig, bis zur Operation 1900. Seither schmerzlos. Letzte Periode 14. XII. 05. Seit Ende Jan. 1906 täglich vier- bis fünfmal Erbrechen auch unabhängig von den Mahlzeiten. Das Erbrechen immer heftiger, namentlich quälend, wenn Pat. in der Küche zu tun hatte. Seit 14 Tagen in ärztlicher Behandlung: Bettruhe, Brom, Milchdiät ohne allen Erfolg. Rasche Abmagerung und Entkräftung.

Status praesens. Kleine Person von schlechtem Ernährungszustand. Sensorium frei. Brüste schwach entwickelt, wenig Drüsensubstanz, Hohlwarzen. Genitalien normal, entsprechend dem III. Monat. — Puls weich, beschleunigt. Urin ohne patholog. Bestandteile.

Therapie. Vergl. Nr. 12.

Verlauf. 21. bis 25. II. erbrach bis heute dreimal geringe Mengen. Haferschleim, Milch. Brom per Klysma. Allgemeinbefinden gut. 26. II. bis 13 III. erbrach nie. Hirn und Milken, abends Schleimsuppe. Kein Brom. Steht auf. 15. III. erbricht das ganze Mittagessen. Diät. Bett. 16. III. kein Erbrechen. 17. III. Kaffee erbrochen. 18. III. gegen Sodbrennen Natr.-bicarbon. 19. bis 25. III. kein Erbrechen, Befinden gut, steht auf. 26. III. erbrach einmal geringe Mengen Schleim. 27. bis 31. III. erbrach nie mehr. Obstipation. Allgemeinbefinden gut. Entlassung.

Fall 33. 26 J., Hausfrau, Zürich V. 5. II. bis 18. II. 07.

Anamnese. Mutter und Vater starben an Diabetes mellitus. Zwei Geschwister leben und sind gesund. Ein Kind, 3 Jahre alt, gesund. Als Kind Masern, sonst abgesehen von dem Wochenbettfieber (1905) stets gesund. Menses mit 13 Jahren unregelmäßig, ohne Beschwerden, 4 Tage dauernd, ziemlich profus. Heirat 1903. Im folgenden Jahr normale Schwangerschaft und Geburt. Im Wochenbett hohes Fieber, Schüttelfröste, $7^1/_2$ Monate bettlägerig. Schmerzen in allen Gelenken, dann hauptsächlich im linken Knie, dasselbe blieb nachher vollständig steif, macht jetzt noch Schmerzen. Angeblich im Dezember 1905 Einleitung des künstlichen Aborts wegen Herzfehler und steifem Knie. Letzte Menstruation 2. Okt. 06. Die jetzigen Beschwerden seit Anfang Dezember; Erbrechen jeglicher Nahrung. Alle Therapie erfolglos. Pat. hat seit frühester Jugend sehr leicht erbrochen. Seit ca. vier Wochen häufiges Herzklopfen. Seit der fieberhaften Erkrankung im Wochenbett ist Pat. sehr nervös. — Trotz des Erbrechens Appetit ziemlich gut. Klagt nach jeder Mahlzeit über schlechten Geschmack im Mund. Schlaf wenig gestört. Urin hochgestellt, ohne patholog. Bestandteile. Obstipation.

Status praesens. Guter Ernährungszustand. Blasses Aussehen. Pupillen reagieren prompt, gleichweit. Fazialis o. B. Zunge ohne wesentlichen Belag, wird grade vorgestreckt. Keine Struma. Herzdämpfung etwas nach links vergrößert. Alle Töne rein. Puls 100, nicht ganz regelmäßig. Linker Unterschenkel in Valgusstellung, linkes Kniegelenk vollständig steif, ebenso die IV. Zehe des linken Fußes. Genitalien: Ziemlich viel schleimigeitriger Fluor, Uterus anteflektiert, dem IV. Monat entsprechend. Adnexe nicht genau abtastbar.

Verlauf. 5. II. Erhält nach dem Eintritt in die Klinik gewöhnliche Nahrung, die aber sofort erbrochen wird. 6. II. strenge Diät, erhält nur Milch. 3 g Bromnatrium täglich, kein Erbrechen. 9. II. Milch, 4 weich gesottene Eier; gut ertragen; bricht seit 6. II. nicht mehr. Verlangt konsistentere Kost. 10. II. Mittags eine kleine Omelette und gekochte Äpfel; ißt mit viel Appetit; es wird aber die Mahlzeit sofort erbrochen. 11. II. trotz strengster Diät hält das Erbrechen an, stark belegte Zunge. 12. II. fortwährend Erbrechen. — Pat. sehnt sich nach Hause und ihrem Kind; sie ist zugänglich und läßt sich die Befürchtung, sie müsse der bevorstehenden Geburt erliegen, ausreden (man hatte ihr in Wien gesagt, des steifen Beines wegen könne sie nicht mehr gebären). Nun faßt sie wieder Mut. Das Erbrechen ist mit einem Schlage verschwunden. 17. II. auch feste Nahrung wird recht gut ertragen, so daß am 18. II. die Frau bei völligem Wohlbefinden entlassen werden kann.

Fall 34. 24 J., Alten. Hausfrau. 5. IV. 07 bis 17. V. 07. Anamnese. Als Kind Masern. Menses mit 15 J. regelmäßig alle 4 Wochen, eher profus, 4 bis 5 Tage dauernd, ohne Beschwerden. Heirat 1905 mit 22 Jahren. 1. Geburt Mitte August 1906. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett normal, kein Erbrechen. Kind lebt, gesund; wegen mangelnder Sekretion nicht gestillt. Nach Neujahr 1907 blieb die Periode 6 Wochen aus, trat aber Mitte Februar wieder ein; auch am 22. März geringe Menses; keine Kindsbewegungen gespürt. Seit Januar 1907 Erbrechen, anfangs einmal täglich, in den letzten 4 Wochen mehrmals am Tage. Im Erbrochenen soll einigemal Blut gewesen sein. Schlaf ordentlich. Appetit schlecht, aber viel Durst. Exurese o. B.

Status praesens. Mittelgroße, grazile, anämische Person, mittlere Ernährung. Zunge weißlich belegt. Temperatur und Puls normal. Urin ohne pathologische Bestandteile. Kindliche Herztöne nicht hörbar. Status genitalis: normal, entsprechend dem V. Monat.

Therapie. Vergl. Nr. 12. Ausräumung des Uterus.

Verlauf. 5. IV. einmal wenig erbrochen. 6. IV. zweimal nachts erbrochen Schleim, keine Galle. 7. IV. hat nichts erbrochen. 8. IV. alles wird erbrochen. 9. IV. alles wird erbrochen, aber Eisgetränke heute gehalten. 10. IV. alles wird erbrochen, zweimal täglich Milchklysmen. 11. IV. alles erbrochen, ziemlich viel Blutabgang. Opiumsupp. zweimal täglich 0,03. 12. IV. bis 17. IV. weniger Erbrechen. 12. IV. stets Wehen, Blutabgang, Muttermund geschlossen. 15. IV. verlangt gekochtes Obst und Fleisch und behält dieses. 17. IV. Eierspeisen gut ertragen. Stets Blutabgang, der Uterus wächst, keine kindlichen Herztöne, keine Kindsbewegungen, das Allgemeinbefinden bessert sich. 8. Mai 07 starke Blutung, Wehen. Geburt der Blasenmole, digitale Ausräumung. Völlige Rekonvaleszenz.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Bericht** über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** zu Berlin am 24. und 25. April 1908. (Fortsetzung.)

E. Meyer: Die Prognose der Dementia praecox.

Die von verschiedenen Seiten behauptete Möglichkeit einer Wiederherstellung bei der Dementia praecox kann man sich nach Meyer in folgender Weise vorstellen:

1. Es liegen diagnostische Irrtümer vor, die bei der Schwierigkeit der Abgrenzung nicht leicht zu vermeiden sind.

2. Es sind Krankheitsbilder, die z. Zt. nicht von der Dementia praecox zu sondern sind, aber vielleicht später klinisch und anatomisch unterschieden werden können.

3. Es sind tatsächlich Fälle von Dementia praecox, bei denen aber der Krankheitsprozeß so geringe

Intensität erreicht hat oder so weit zurückgegangen ist, daß wesentliche klinisch erkennbare Krankheitszeichen fehlen.

Daß letzteres denkbar ist, dafür sprechen die so sehr verschiedenen sonst bekannten Ausgänge der Dementia praecox. Meyer erinnert an andere Prozesse, die auch nicht ganz ohne Residuen heilen, so die Tuberkulose. Und doch kann ein Tuberkulöser so weit ausheilen, daß er beschwerdefrei ist, der Umgebung gesund erscheint und nur vielleicht bei genauester Untersuchung Spuren der alten Erkrankung noch aufweist.

Dieser Vergleich beweist auch, daß es sich bei den „Heilungen" der Dementia praecox nicht einfach um Remissionen handeln muß. Denn die Annahme von Remissionen setzt voraus, daß wie bei der Paralyse über kurz oder lang unaufhaltsam die Krankheit wieder hervortritt. Bei der Dementia praecox kann aber der Prozeß zu einem dauernden Stillstand kommen, auch ohne einen erheblichen Grad erreicht zu haben, so daß jedenfalls „soziale Gesundung" besteht.

Meyer knüpft dann an zwei frühere Arbeiten an, die besonders die katatonischen Erscheinungen zum Gegenstand hatten, und in deren letzter (Münchener med. Wochenschr. 1903, S. 1369) er zu dem Schluß kam, daß die Prognose ernst, aber nicht absolut ungünstig sei, da in $^1/_5$ bis $^1/_4$ der Fälle Wiederherstellung für Jahre eintrat.

Meyer hat seine Tübinger Fälle der katatonen Gruppe der Dementia praecox weiter verfolgen können: Wenn man zwei nicht ganz sichere Fälle bei Seite läßt und ebenso zwei, die nach fünf gesunden Jahren wieder erkrankten, bleiben zehn unter 46 Dementia praecox-Fällen, die seit Jahren sich sozialer Gesundung erfreuen. Der vorläufige Ausgang hatte sich — wie das auch die Fälle von Heilung mit Defekt und ungünstigem Ausgang zeigen — in der Mehrzahl der Fälle als dauernder erwiesen. Unter 1318 Aufnahmen der Königsberger Klinik aus den Jahren 1904 bis 1906 waren 170 (12,8%) Fälle von Dementia praecox. Wenn auch eine Einteilung schwer durchführbar war, so ließen sich etwa 36 der Katatonie, 116 der Hebephrenie und 18 der Dementia paranoides zurechnen. 31 von den 170 Fällen hatten seit mindestens einigen Monaten soziale Gesundung wieder erlangt, bei 13 war Heilung mit Defekt anzunehmen. Von dem Rest war bei 28 eine Katamnese nicht zu erlangen. Rechnet man nach, daß jetzt neben der Katatonie Hebephrenie und Dementia paranoides mit in Betracht gezogen sind, so ergeben sich etwa die gleichen Werte wie bei den Tübinger Fällen.

Meyer kommt zu dem Schluß: Die Prognose der Dementia praecox ist ernst, aber keineswegs absolut ungünstig, in einem erheblichen Bruchteil der Fälle — nach unseren Erfahrungen $^1/_5$ bis $^1/_4$ der Katatoniegruppe, über $^1/_6$ der Gesamtfälle — tritt Wiederherstellung für Jahre ein. (Ausführliche Veröffentlichung im Arch. f. Psych.) (Fortsetzung folgt.)

— **Die Mordtat eines Wahnsinnigen und Lynchjustiz an ihm.** Aus New York wird gemeldet, daß ein Fall von Lynchjustiz, dessen Umstände gänzlich außergewöhnlich waren, sich in der kleinen Stadt Hermansdad (Missouri) ereignete. Das Opfer des Richters Lynch war der evangelische Prediger Valentine Strauß, der der dortigen deutschen Lutheranischen Kirche vorstand. Strauß, ein begeisterter Apostel seines religiösen Glaubens, wurde von religiösem Wahnsinn befallen, dessen Folgen für die Nachbarschaft tragisch waren. Strauß bildete sich ein, daß es seine Pflicht sei, möglichst viele Menschen ins Jenseits zu befördern und ihnen so die himmlische Seeligkeit zu verschaffen. In Ausführung dieser Wahnsinnsidee kaufte er sich ein Gewehr, verließ sein Haus während der Nacht und erschoß eine Anzahl Personen. Die ganze Umgebung war durch die nächtlichen Mordtaten alarmiert, niemand aber brachte den verehrten Pastor mit diesen Verbrechen in Verbindung. Erst nachdem er acht Personen ermordet und mehr als zwanzig so schwer verwundet hatte, daß ihr Aufkommen ausgeschlossen erscheint, entdeckte seine eigene Frau, daß er der Täter sei. Sie verständigte die Nachbarn, die den Prediger beobachteten. Bald überzeugten sie sich, daß er tatsächlich der Mörder sei, und nun beschlossen die Ältesten der Stadt, Lynchjustiz zu üben. Zwölf Mitglieder der Kirchengemeinde lauerten Strauß des Nachts auf, und als sie ihn mit einem Gewehr herankommen sahen, gaben sie Feuer. Schwer verwundet wurde der Pastor nach Hause gebracht und starb kurze Zeit darauf in den Armen seiner Gattin, die anscheinend diesen Akt der Lynchjustiz gebilligt hatte. Die Behörden suchen nach den Tätern, aber keiner verrät die Namen derjenigen, die Strauß erschossen.

(Berliner Zeitung a. Mittag.)

— **Stettin.** Nachdem durch Beschluß des 35. pommerschen Provinziallandtags vom 13. März 1908 die Errichtung einer vierten Provinzialheilanstalt in Pommern zur Unterbringung von Geisteskranken der Normalklasse und insbesondere auch von geisteskranken Verbrechern genehmigt worden war, hat der Provinzialausschuß am 12. v. Mts. infolge der Ermächtigung des Provinziallandtages die Erbauung der Anstalt auf einem von der Stadt Stralsund angebotenen Gelände beschlossen. Dieses liegt etwa $2^1/_2$ km vom Bahnhofe entfernt und bietet durch den Ausblick auf das turmreiche und schöne Stadtbild von Stralsund und darüber auf die Wasserflächen und die Insel Rügen einen besonderen Reiz.

Personalnachrichten.

— **Stettin.** Der frühere Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik zu Rostock-Gehlsheim Dr. Wolfgang Hieronymus ist als Assistenzarzt bei der Provinzialanstalt zu Lauenburg i. Pom. angestellt worden.

— **Würzburg.** Professor Weygandt ist als Direktor an die Hamburger Irrenanstalt Friedrichsberg berufen worden. Professor Wollenberg hatte den an ihn ergangenen Ruf abgelehnt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 16. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Assistenzarzt.

Die Stelle eines Assistenzarztes an der Provinzial-Heil- und Pflege-anstalt zu **Lüneburg** (800 Kranke, 8 Aerzte, 2 Praktikantenstellen) ist zu besetzen. Gehalt im ersten Jahre 1800, im zweiten 2000, im dritten 2200 M.: bei freier Station I. Klasse. Nach 3 Jahren erfolgt Anstellung als Abteilungsarzt mit einem Gehalt von 3200 bis 4800 M. mit freier Wohnung (bei Verheiratung Familienwohnung). Bewerbungen mit ausführlichem Lebenslauf und Approbation sind zu richten an den Direktor

Sanitätsrat Dr. **Snell**.

An der Provinzial-Irrenanstalt bei Neustadt an der Ostsee (Holstein), ca. 950 Betten, mit welcher eine Poliklinik für Nervenkrankheiten verbunden ist, ist die durch Beförderung des bisherigen Inhabers zum Oberarzt freigewordene Stelle eines

ersten Hilfsarztes

zu besetzen. Gehalt 2500 Mark neben vollständig freier Station. Voraussichtlich wird noch in diesem Jahre eine Neuregulierung der Gehalts- und Avancements-verhältnisse für die Anstaltsärzte der hiesigen Provinz eintreten. Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion zu richten.

Für meine **Nervenheilanstalt** wird zum baldigen Antritt eine

Abteilungsvorsteherin,

die bereits eine ähnliche Stellung innegehabt hat, bei 50 M. monatlich Anfangsgehalt und freier Station gesucht. Offerten mit Beifügung von Lebenslauf, Photographie und etwaigen Zeugnissen erbeten an **Dr. Kahlbaum, Görlitz.**

„Friedheim" Zihlschlacht

Thurgau, Schweiz.

Comfortables Heim
(gegründet 1890)

für Nerven- u. Gemüts-kranke besserer Stände

inkl. **Alkoholiker** beiderlei Geschl.

Dr. F. Krayenbühl
Spezialarzt.

Hartglasplatten zur Verglasung von

Unruhigen- und Tobzellen,

sowie für **Beobachtungsfenster**

infolge ihrer **grossen Widerstandsfähigkeit**

unbedingt zuverlässig,

bei vielen Anstalten seit langen Jahren im Gebrauche, liefert **unter Garantie** billigst

Curt Zieger, Hartglasfabrik, **Dresden-A. 18.**

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Détert's Durit

847b

Durit-Eisbeutel, rund	18,3	20,9	26,2 cm
	2,35	2,60	3,45 Mk.
Durit-Luftkissen, rund	36,6	39,2	41,8 cm
	11,—	12,50	14,— Mk.

Rudolph Détert, Berlin NW., Karlstrasse 9.

Spinnerei, Weberei und Strickerei

Zur Lust bei Hameln.

Wollene Schlafdeken, Steppdecken u. Trikotagen liefern billigst — auch an Private **Günther & Noltemeyer.**

☛ Grundstück für Sanatorium

geeignet, ist im Zentrum eines vornehmen Vorortes Berlins unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** (Bestgeeignetes Gebäude mit grösserem Park). — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre: **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 16. 11. Juli **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Erster Bericht der Möbiusstiftung.

Die Möbius-Stiftung ist durch Dekret des Königl. sächsischen Ministeriums des Kultus und öffentlichen Unterrichts vom 10. April 1908 als rechtsfähige Stiftung genehmigt worden und kann nunmehr in den Dienst des ihr gesetzten Zweckes treten.

Im nachfolgenden beehrt sich der derzeitige Stiftungsvorstand, Satzungen, Dekret und Vermögensstand der Stiftung sowie das Thema der Preisaufgabe bekannt zu geben.

Satzungen.

Die Unterzeichneten haben sich vereinigt, um das Andenken an den am 8. Januar 1907 in Leipzig verstorbenen Arzt Dr. med. Paul Julius Möbius durch die nachstehende Stiftung lebendig zu erhalten.

Für die Verfassung und den Zweck der Stiftung wird hiermit folgendes festgesetzt:

1. Die Stiftung führt den Namen Möbiusstiftung. Sie bezweckt, Andenken und Geist des am 8. Januar 1907 in Leipzig verstorbenen Dr. med. Paul Julius Möbius in den Fächern der Medizin, die er besonders gefördert hat, der Neurologie und Psychiatrie, über seinen Tod hinaus lebendig und fortwirkend zu erhalten.

2. Die Stiftung hat ihren Sitz in Leipzig.

3. Die Stiftung wird verwaltet und vertreten durch einen aus drei Personen bestehenden Vorstand. Das eine seiner Mitglieder wird vom Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie, das andere vom Vorstand der Gesellschaft deutscher Nervenärzte auf fünf Jahre gewählt. Das dritte Mitglied, der geschäftsführende Vorsitzende, wird abwechselnd vom Vorstand des deutschen Vereins für Psychiatrie und vom Vorstand der Gesellschaft deutscher Nervenärzte ebenfalls auf fünf Jahre gewählt Wenn ein Vorstandsmitglied vor Ablauf der fünfjährigen Wahlzeit ausscheidet, so ist von den Wahlberechtigten für den Rest der Wahlzeit anderweit ein Mitglied zu wählen.

Übt der Wahlberechtigte das Wahlrecht nicht in der auf die Erledigung folgenden nächsten Sitzung aus, und kommt er der daraufhin vom Rat der Stadt Leipzig an ihn zu richtenden Aufforderung nicht fristgemäß nach, so geht sein Wahlrecht für dieses Mal auf den anderen Wahlberechtigten über.

Dieser ist demgemäß vom Rat der Stadt Leipzig zur Vornahme der Wahl unter Einräumung einer angemessenen Frist aufzufordern. Übt auch er das Wahlrecht nicht aus, so hat der Rat der Stadt Leipzig an Stelle des Berechtigten zu wählen.

Die Mitglieder des Vorstandes verwalten ihr Amt als ein Ehrenamt.

Der Vorstand faßt seine Beschlüsse mit Stimmenmehrheit; wenn eine gemeinsame Sitzung erschwert ist, kann der Vorsitzende schriftlich abstimmen lassen.

4. Das Vermögen der Stiftung besteht a) aus 5895 M., welche die unterzeichneten Begründer bisher gesammelt haben und hiermit auf die Stiftung übertragen, b) aus den etwaigen ferneren Erträgnissen der fortzusetzenden Sammlung. Es wird vom Rat der Stadt Leipzig durch seine Stiftungsbuchhalterei verwaltet.

Über die — mündelsichere — Anlegung hat der Vorstand zu bestimmen.

5. Die Aufgabe der Stiftung besteht darin, Möbius-Preise (A und B) zu verteilen, zu denen die Erträgnisse des Stiftungsvermögens nach Abzug der Verwaltungskosten zu verwenden sind.

6. Der Preis besteht jedesmal in dem zweijährigen, um die Verwaltungskosten gekürzten Ertrage des Vermögens; er kann jedoch durch

die Preisrichter in mehrere, gleich oder verschieden große Preise zerlegt werden.

7. Der A-Preis wird nach dem Schlusse des Jahres 1909, 1913 usw. alle vier Jahre, der B-Preis nach dem Schlusse des Jahres 1911, 1915 usw. alle vier Jahre verliehen.

8. Der A-Preis wird verliehen für eine (oder mehrere, siehe Ziffer 6) Arbeiten aus dem Gebiete der Neurologie oder Psychiatrie, die als die beste (die besten) derjenigen Arbeiten, welche auf das Preisausschreiben eingehen, erkannt wird.

Das Ausschreiben ist vom Vorstande zum ersten Male im Jahre 1908 und später alle vier Jahre zu erlassen. Die näheren Bestimmungen darüber werden vom Vorstande erlassen.

Die mit dem Preise gekrönten Arbeiten sollen, solange die psychiatrisch-neurologische Wochenschrift, die von Möbius mit herausgegeben wurde, besteht, in dieser Zeitschrift oder, wenn sie nach der Meinung des Schriftleiters dazu zu groß oder aus einem anderen Grunde nicht für die Zeitschrift geeignet sind, auf eine andere Art veröffentlicht werden. Ein Gewinn, der aus dieser selbständigen Veröffentlichung sich etwa ergibt, fällt der Stiftung zu.

9. Der B-Preis wird verliehen für eine (oder mehrere) im Gebiete der Neurologie oder Psychiatrie gelieferte wichtige Arbeit, die in den letzten, vor Erteilung des Preises zurückliegenden vier Jahren selbständig als Schrift oder in einer Zeitschrift abgedruckt erschienen ist.

10. Für beide Preise gilt, daß weder ein Lehrbuch noch eine für eine Prüfung gelieferte Arbeit einen Preis erhalten kann.

11. Über die Verleihung des Preises entscheiden die Vorstandsmitglieder als Preisrichter. Sie sind berechtigt, die Befugnisse der Preisrichter auf eine der unter 3 genannten Gesellschaften zu übertragen.

12. Kann ein Preis nicht verliehen werden, so hat der Vorstand zu bestimmen, ob der ersparte Betrag zur Erhöhung späterer Preise verwendet werden oder zur Vermehrung des Stiftungsvermögens dienen soll.

13. Der Vorstand hat alljährlich nach Schluß des Kalenderjahres der Aufsichtsbehörde Rechnung zu legen.

14. Der Vorstand kann mit Genehmigung des Königl. Ministeriums des Kultus und öffentlichen Unterrichts die Satzungen ändern.

15. Wenn die Stiftung ihren Zweck nicht ehr erfüllen kann und daher erlischt, fällt ihr ermögen an die Stadtgemeinde Leipzig; diese hat damit eine Stiftung zu errichten, die Freibetten für Nervenleidende — zunächst in der Heilanstalt Dösen — zu unterhalten hat.

Lublinitz, 24. Februar 1908

Dr. Bresler.

Heilanstalt Dösen (Leipzig), 26. Febr. 1908

Obermedizinalrat Dr. Lehmann.

Leipzig, 26. Febr. 1908

Augenarzt Dr. Lamhofer.

Leipzig, 27. Febr. 1908

Curt Reinhardt.

Frankfurt a. M., 29. Febr. 1908

Prof. Dr. Ludwig Edinger.

Lichtenberg-Berlin, 2. März 1908

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Moeli.

Halle a. S., 3. März 1908

Verlagsbuchhändler Walther C. Jäh.

Dekret.

Das Ministerium des Kultus und öffentlichen Unterrichts hat die nach den vorstehenden Satzungen errichtete „Möbiusstiftung" als eine rechtsfähige Stiftung gemäß § 80 des Bürgerlichen Gesetzbuchs sowie die in den Satzungen für diese Stiftung getroffenen Bestimmungen genehmigt und hierüber dieses Dekret ausgestellt.

Dresden, den 10. April 1908.

Ministerium
des Kultus und öffentlichen Unterrichts

(Siegel.) gez.: Dr. Beck.

Zu Vorstandsmitgliedern wurden ernannt: vom Vorstand des deutschen Vereins für Psychiatrie Obermedizinalrat Dr. Lehmann, Dösen bei Leipzig, und Oberarzt Dr. Bresler, Lublinitz; vom Vorstand der Gesellschaft deutscher Nervenärzte Prof. Dr. Edinger, Frankfurt a. M.

Das Stiftungsvermögen beträgt gegenwärtig 6042 M. 54 Pf., wovon 6000 M. — in mündelsicheren, 4 %

verzinslichen Wertpapieren — an die Kasse der Stiftungsbuchhalterei des Rats der Stadt Leipzig gezahlt wurden. Hierzu kommen die am Schlusse des Verzeichnisses aufgeführten 500 M. + 150 M.

Einen künstlerischen Zuwachs wird die Stiftung erhalten durch eine Möbius-Plakette, welche der Leipziger Bildhauer Max Lange zu fertigen gedenkt. Der Künstler wird die Originalform der Stiftung als Eigentum überweisen. Ein Abguß wird jedesmal als Zugabe zum Geldpreis mitverliehen werden.

Für das Jahr 1909 wird folgende Preisaufgabe gestellt:

> Es ist zu untersuchen, ob der von Möbius entdeckte infantile Kernschwund anatomisch, auch wohl klinisch in Verwandtschaft gesetzt werden kann zu anderen Mißanlagen des Nervensystemes, speziell ob sich kombiniert mit ihm nicht auch gelegentlich andere Störungen finden. Es wäre möglich, daß die angeborene Schwäche der Bulbärkerne, welche der angeborenen und der familiären Bulbärparalyse zugrunde liegen dürfte, nur ein geringerer Grad des gleichen Leidens ist.
>
> Das vorhandene Material dürfte bereits hier Brauchbares enthalten.

Die Preisarbeiten sind bis zum 1. Oktober 1909 in Begleitung eines versiegelten Zettels mit dem Namen des Verfassers und einem oben aufgeschriebenen Motto, demjenigen entsprechend, welches die Arbeit selbst trägt, an Herrn Prof. Dr. Edinger, Frankfurt a. M., Leerbachstraße 27, eingeschrieben einzusenden.

Namens des Gründungskomitees der Stiftung wie des Stiftungsvorstandes sage ich allen, welche das Zustandekommen der Stiftung durch Beiträge gefördert haben, herzlichsten Dank.

Die ansehnliche Höhe des Grundstocks der Stiftung läßt erhoffen, daß das Vermögen der letzteren, wie angestrebt wird, durch fernere Spenden einen beträchtlichen Zuwachs erfahren wird, und es ergeht an diejenigen Freunde und Verehrer des Verstorbenen, welche bisher noch keine Beiträge gespendet haben die höfliche Bitte, solche an eines der Vorstandsmitglieder oder direkt an die Kasse der Stiftungsbuchhalterei des Rats der Stadt Leipzig einzusenden.

Der Vorstand der Möbiusstiftung
i. A.
Bresler.

Verzeichnis der Beiträge.

M., Prof. Dr. ph., Frankfurt a. M.	M.	500
L. B., Leipzig	„	500
C. R., Leipzig	„	300
H., Prof. Dr., Leipzig	„	20
Sch., Dr. W., Kommerzienrat, Leipzig	„	150
G., Dr., Hofrat, Dresden	„	20
B., Dr. med., Dresden	„	20
Ö., Dr., Niederschönhausen	„	30
St., Stabsarzt Dr., Berlin	„	3
T., Dr., Tannenfeld	„	10
H., Dr., Straußberg	„	5
P., Dr., Pützchen	„	5
L., Dr., Braunschweig	„	20
H., Dr., Mainz	„	5
A., Dr., Frankfurt a. M.	„	100
H., Gymnasialoberlehrer, Leipzig	„	5
O., Dr., Weißenau	„	10
H., Dr., Wiesbaden	„	20
W.-F., Frau, Leipzig	„	50
L., Dr. M., Zehlendorf	„	20
O., Dr., Budapest	„	5
W., Dr., Friedrichsroda i. Thür.	„	10
B., Dr., Hamburg	„	20
H., H., Musikverleger, Leipzig	„	100
H., Hofrat Prof. Dr., Freiburg i. Br.	„	20
L., Hofrat Dr., Thonberg	„	20
B., San.-R. Dr., Leipzig-Gohlis	„	10
L., Nervenarzt Dr. L., München	„	100
W., Dr. med. Paul, Leipzig	„	100
S., K., Kaufmann, Leipzig	„	50
L., Dr. med., Leipzig	„	100
Sch., Fräulein Klara, Leipzig	„	200
Fr., Prof. Dr., Greifswald	„	10
Kl., Assistenzarzt Dr., Breslau	„	5
B., Oberarzt Dr., Lublinitz	„	20
N., U., Amtsgerichtsrat, Wurzen	„	20
Gr., Alb., Leipzig	„	50
O., Prof. Dr. med., Berlin	„	50
V., Dir. Dr., Tapiau	„	20
St., Dir. Dr., Mauer-Öhling	„	10
W., Prof. Dr. W., Würzburg	„	20
V., Dr. med. G. von, Greifswald	„	5
K., Dr., Lublinitz	„	3
I., Dr. G., Großschweidnitz	„	10
D., San.-Rat Dr. med. A., Leipzig	„	100
Sch., San.-Rat Dr. med., Plagwitz	„	100
L., Obermedizinalrat Dr. med., Dösen	„	30
Tr., O., Landgerichtsrat, Leipzig	„	5
L., Dr. G., Greifswald	„	5
K., Frl. M., und D., Frl. A., Leipzig	„	40
K., Prof. Dr., Leipzig	„	1

Schm., Dr. G., Prag	M	10
B., Dr. K., Baden-Baden	„	10
Kr., F., Buchhändler, Leipzig	„	30
Pl., Eugen, Leipzig	„	100
G., Geh.-Rat, Dresden	„	50
H., Prof. und Frau, Leipzig	„	15
Kn., Frau M., Leipzig	„	25
B., Prof. Dr. von, Basel	„	20
N., Superint. Kirchenrat D. Dr., Leipzig	„	10
B., San.-Rat. Dr., Berlin W.	„	10
Tr., Geh.-Rat Prof., Leipzig	„	40
F., Hofrat Dr., Hohe Mark b. Frankfurt a. M.	„	20
H., Nervenarzt Dr. med., Braunschweig	„	10
B., Frau Dr. M., Jena	„	10
D., Frau Prof., Leipzig	„	3
S., Frau Kl., Leipzig	„	25
St., Dr., Dresden	,	20
E., E., Naunhof	„	20
L., Dr., Dresden	„	100
H., Frau Prof. Dr., Leipzig	„	50
R., Dr. K., München	„	100
D., Dr. med., Roda	„	20
H., Frau, Leipzig	„	150
Schm., Richard, Leipzig	„	100
Schm., San.-Rat Dr., Leipzig	„	100
R., Dr. med. B., Leipzig	„	40
F., Dr. med., Eberbach	„	50
W., Dr. S., Belgrad	„	10
Ungenannt, durch C. M. empfangen	„	3
L., Prof., Pankow	M	100
K., Dr. med., Zwiefalten	„	10
Sch.-S., Leipzig	„	100
S. durch Sch.-S.	„	100
S., Verlagsbuchhandlung, Leipzig	„	20
Schw., Schirmeck	„	30
Se., El., Frl., Leipzig	„	20
L., Dr., Bad Nauheim	„	10
Ö., Geh. San.-Rat Dr., Bonn	„	100
Z., Prof. Dr., Leipzig	„	20
J., Geheimer Rat Prof. Dr., Leipzig	„	10
Verein Südwestdeutscher Neurol. u. Irrenärzte	„	100
N., Frl. A., Leipzig	„	10
B., Dr. E., Roderbirken	„	20
Schl., Frl. Eug., Leipzig	„	100
Psychiatrischer Verein von Berlin	„	60
E., Prof. Dr., Frankfurt a. M.	„	100
S., Dr. med. A., New-York	„	250
D., Frl. L., Leipzig	„	10
Durch Obermedizinalrat Dr. L., Dösen	„	10
J., Verlagsbuchhändler, Halle a. S.	„	150
M., Prof. Dr., Paris	„	40
Psychiatrischer Verein der Rheinprovinz	„	100
E., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med., Heidelberg	„	100
Leipziger medizinische Gesellschaft	„	200
L., Dr., Weidmannslust	„	10
Während der Korrektur eingegangen:		
E. M., Chemische Fabrik, Darmstadt	„	500
A. M., Verlagsbuchhändler, Leipzig	„	150

Zur Frage von den Abstinenzdelirien.

Von Dr. *Holitscher* in Pirkenhammer bei Karlsbad (Böhmen).

(Fortsetzung[1])

Einige interessante Fälle von schweren Alkoholpsychosen mit zum Teile tödlichem Ausgange nach plötzlicher Abstinenz führt Dietz-Gießen aus seiner Praxis in Marbach und Goddelau an, bei denen allerdings die Herzschwäche mit ihren Gefahren im Vordergrunde standen; er empfiehlt deshalb auch in bedenklichen Fällen, nach Aschaffenburg und Ganser Digitalis zu reichen. Er hält aber solche Fälle für sehr selten und die plötzliche Entziehung für das allgemein richtige Verfahren.

Entscheidend für die Frage der Abstinenzdelirien sind aber, ich glaube nicht, daß ein objektiver Beobachter das leugnen kann, die Erfahrungen der Trinkerheilstätten. In die Irrenhäuser und Kliniken werden doch nur recht selten Alkoholiker gebracht, bei welchen nicht schon psychotische Erscheinungen meist recht erheblichen Grades vorliegen; die an chirurgischen und internen Kliniken beobachteten Fälle sind beinahe immer durch Verletzungen, fieberhafte Krankheiten und andere Momente kompliziert, die nicht selten in der Ätiologie des Deliriums eine Rolle spielen; bei den Arrestantendelirien endlich ist, wie bereits ausgeführt, die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, daß andere Ursachen den Ausbruch herbeigeführt haben. Hat die Abstinenz wirklich eine auslösende Wirkung auf das Delirium, dann muß sie diese bei den fast immer sehr schweren Trinkern beweisen, die in die Heilstätten eintreten, wo ihnen ausnahmslos der Alkohol völlig unvermittelt entzogen wird. Hier fehlen alle anderen Ursachen, die Delirien, die da vorkommen, hat man wohl das Recht, als reine Abstinenzdelirien zu bezeichnen.

Und wie steht es nun damit? Es liegen mir Berichte von zehn Trinkerheilstätten vor; acht davon

geben die Zahl der behandelten Alkoholiker an, es sind zusammen 4322 Kranke, die dort verpflegt worden sind. In einigen davon, wie in Finkenwalde und Villa Margareta, ist niemals ein Delirium vorgekommen, trotzdem dort 650 bezw. 251 Trinker aufgenommen wurden. Ellikon verfügt bereits über 1273 Fälle; 13 Delirien kamen zur Beobachtung, von denen zehn schon bei der Aufnahme bestanden, es bleiben also drei, die in der Anstalt auftraten und als Abstinenzdelirien gedeutet werden können. Haus Rockenau mit 320 Kranken hat nie ein Delirium in der Anstalt auftreten sehen, fünf Kranke wurden delirierend aufgenommen. Dorthin kam ein Patient, der seit einem Jahre täglich 1 Liter 96prozentigen Spiritus und daneben noch ungeheuere Mengen Bier und Wein „genossen" hatte; die in der Anstalt sofort einsetzende Abstinenz hatte nicht die geringsten schädlichen Folgen für ihn. Nimbscha. Bober hat bei 255 Pfleglingen viermal Delirium verzeichnet; einmal war es schon beim Eintritte da; zweimal stellte sich heraus, daß die Kranken heimlich Schnaps in die Anstalt unter ihrem Gepäck gebracht hatten und tranken, und nur ein einziger, ein Epileptiker, bekam nach elftägiger Abstinenz einen Anfall. Die neu errichtete Heilanstalt Renchen in Baden hat bisher 74 Kranke aufgenommen, darunter war ein Fall von Abstinenzdelirium, aufgetreten am vierten Tage nach der Aufnahme. Pranthof in Niederösterreich sah bei 130 Trinkern drei Delirien nach drei, sieben bezw. neun Tagen Anstaltsaufenthalt.

Über das größte Material verfügt Waldfrieden bei Fürstenwalde. In sieben Jahren wurden dort 1369, darunter viele sehr schwere Trinker behandelt. Der mir vorliegende Bericht führt nur die Zahl der im Jahre 1906 und 1907 verzeichneten Delirien an, die in der Anstalt und zwar nach zwei- bis viertägigem Aufenthalte eingetreten sind; es sind dies acht auf 750 Aufnahmen. Ich kann mir nicht versagen, die Erläuterungen wörtlich anzuführen, die Dr. Kapff diesen Mitteilungen hinzufügt; er schreibt: „Ob diese Delirien nicht ebenso unter weiterem Alkoholgenuß eingetreten wären wie unter der Entziehung, kann man schwer entscheiden. Ich stehe persönlich auf dem Standpunkte, daß bei stark herabgekommenen Trinkern, die am Rande des Deliriums stehen, unter Umständen gelegentlich einmal der psychische Chok der Entziehung ein drohendes Delirium auslösen kann, in vielen gleich elenden Fällen bleibt es aus. Dieses Verhältnis, acht Delirien auf 750 Kranke, wobei noch nicht einmal die Entziehung als Ursache des Deliriums nachweisbar ist, ist ein so geringes, daß man bei der Behandlung der Alkoholkranken mittels vollständiger, sofortiger Entziehung nicht darauf zu achten braucht. In den vielen hundert Fällen, wo dies Prinzip durchgeführt wurde, hat es nie geschadet. Wir halten felsenfest daran fest zum Wohle der Patienten. — Ich kenne also bestimmt keinen einzigen Fall von Delirium nach Entziehung, ich kann bloß sagen, es schien mir so, als ob es einzelne Fälle von sogenannten Abstinenzdelirien gäbe, die mich aber in meinem therapeutischen Handeln nicht beeinflussen können. Wir lassen uns doch auch sonst nicht beeinflussen, wegen irgendeiner bestehenden Idiosynkrasie gegen Chloroform, Opium usw. sämtliche Heilmittel dieser Art zu verbannen. Es ist bedauerlich, wenn ein einzelner Fall, der für Abstinenzdelirium zu sprechen scheint, zu allgemeiner Bedeutung erhoben wird."

Die beiden Heilanstalten Eckartsheim und Mündt-Titz haben die Zahl der beobachteten Fälle nicht angegeben; in Eckardtsheim beträgt sie ungefähr hundert jährlich. In dem Berichte Dr. Feldmanns werden Fälle von Abstinenzdelirium nicht angeführt und er erklärt, daß er zwar vereinzelte Fälle beobachtet habe, bei denen in den ersten Tagen der erzwungenen Abstinenz Delirien auftraten, er glaubt sich aber davon überzeugt zu haben, daß die Entziehung des Giftes einen ursächlichen Zusammenhang mit der Störung nicht hatte. Seine Mitteilungen werden übrigens durch den Vortrag über „Abstinenzerscheinungen in der Anstalt" ergänzt, den er auf der VII. Jahresversammlung des Verbandes von Trinkerheilstätten des deutschen Sprachgebietes hielt (veröffentlicht im Berichte über die XXIII. Jahresversammlung des Deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, 1907, Mäßigkeitsverlag, Berlin W. 15). In diesem Vortrage geht Feldmann auf die Pathogenese des Deliriums ein und setzt auseinander, daß man sich davor hüten müsse, das Delirium als eine Wirkung der aufeinander gehäuften Alkoholzufuhren anzusehen. Zwar könne die Krankheit nur auf dem Boden eines durch Alkoholmißbrauch in seinem Stoffwechsel schwer geschädigten Organismus auftreten, aber der Ausbruch des Delirs werde durch verschiedene hinzutretende Ursachen ausgelöst, zu denen auch die Abstinenz gehöre. Feldmann berichtet nun über fünf in der Anstalt beobachtete Fälle, in denen kürzere oder längere Zeit nach der Aufnahme psychische Störungen aufgetreten sind. Er analysiert sie und kommt zu dem Schlusse, daß in keinem einzigen der ursächliche Zusammenhang zwischen der plötzlichen Entziehung und den stürmischen Erscheinungen in der Abstinenzperiode sicher nachweisbar sei.

In den beiden Heilstätten zu Mündt-Titz, dem Camillushause (für Männer) und dem Annahause (für Frauen), ist niemals ein in der Anstalt aufgetretenes Delirium beobachtet worden. Wohl aber berichtet Pfarrer Neumann, der Leiter des Annahauses, über drei von ihm außer der Anstalt beobachtete hierher gehörige Fälle. Der erste davon ist weniger bedeutungsvoll, weil der Kranke schon vorher einigemale Delirium gehabt hatte; auch trat der sehr schwere Anfall schon nach zweitägiger Abstinenz ein, so daß sich nicht mit Sicherheit entscheiden läßt, ob er nicht schon vor der Aufnahme „reif" war. Sehr bemerkenswert ist aber der zweite Kranke, bei dem dreimal am zweiten oder dritten Tage der erzwungenen Abstinenz leichte Delirien eintraten. Das zweitemal zeigten sich nur die Vorboten (große Unruhe usw.); der Patient nahm dann fünf Tage lang etwas Alkohol, aber jeden Tag weniger, und wurde erst dann abstinent. Das Delirium brach nicht aus. Als er nach fünf Wochen rückfällig wurde, entzog man ihm den Alkohol gewaltsam und nach drei Tagen war das Delirium da.

Im dritten Falle endlich handelte es sich um einen unheilbaren Schnapssäufer, der von sich selbst sagt: „Das Delirium kann ich haben, so oft ich will; ich brauche nur zwei bis drei Tage keinen Schnaps zu trinken, dann habe ich das Delirium." Freilich liegen für diesen letzten Fall keine objektiven Beobachtungen vor, doch glaubte ich ihn seiner Kuriosität wegen anführen zu sollen.

Es bedarf wohl kaum der ausdrücklichen Bemerkung, daß alle Anstaltsleiter einstimmig erklären, die sofortige unvermittelte Alkoholentziehung sei die einzige erfolgreiche Methode der Trinkerheilung; alle haben damit die besten Erfahrungen gemacht, bestreiten auf das entschiedenste, daß diese Art des Vorgehens mit irgendwelchen Nachteilen oder Gefahren für die Kranken verbunden sei und warnen vor Änderung des bewährten Verfahrens.

(Schluß folgt.)

Aus der Universitätsfrauenklinik Zürich.

Beiträge zur Kenntnis der Hyperemesis gravidarum.

Von *E. Hermann Müller.*

(Fortsetzung.)

Über die Definition der Hyperemesis sind die Autoren geteilter Meinung. Soviel ich sehe, faßt H. W. Freund den Begriff am weitesten, nach ihm kann man dann von Hyperemesis sprechen, wenn das chronische Erbrechen zu einer Beeinträchtigung der Ernährung und des Allgemeinbefindens führt. Wir möchten nur insofern noch weiter gehen, indem wir stets dann von Hyperemesis sprechen, wenn mehrfach täglich, eventuell von den Mahlzeiten und der Tageszeit emanzipiert, Erbrechen auftritt. Die Störungen des Allgemeinbefindens und der Ernährung, abnormalen Harnbefund (Dirmoser, Tuszkai) halten wir für sekundäre Erscheinungen, den abnormen Harnbefund bei hysterischen Frauen als Folge der Inanition.

Im allgemeinen sei darauf hingewiesen, daß das Studium der ganzen ausgedehnten Literatur sowie der vorstehenden Kasuistik mir die Ansicht nahelegte, daß diese Anomalie des Graviditätsverlaufes mit andern Molimina gravidarum sehr oft eine Äußerung einer psychosomatischen Minderwertigkeit ist; ein Problem, worauf ich an anderer Stelle näher eintreten werde. Magnan hat einmal geäußert, daß das Erbrechen der Schwangern ebenso wie sein Entartungsirresein in dasselbe Kapitel der originären und hereditären Degeneration hinein gehöre.

Über Ätiologie, Prognose und Therapie der Hyperemesis gravidarum schweben immer noch lebhafte Kontroversen. Manchmal wurden die Schlüsse aus dem Verlauf allzusehr verallgemeinert; es sei hier nur auf den bekannten Fall des ältern Kehrer verwiesen, dessen Pat. unserer Meinung nach hysterisch ist.

Eine große Zahl von Autoren haben angenommen, daß durch Fernwirkung von Anomalien der Genitalien das Erbrechen durch Reizung des Zentralnervensystems veranlaßt werde. Unsere Fälle bieten keine Belege dafür, daß die Rigidität der Cervix, Erosionen, Endometritis deciduae, abnorme Ausdehnung des Uterus durch mehrfache Gravidität und Hydramnios usw., Lageveränderungen oder perimetritische Verklebungen das Leiden bedingen würden. In mehreren Fällen wurden entsprechende Eingriffe vorgenommen, ohne die Symptomatologie der Hyperemesis zu verändern. Der häufig bestehende Fluor kann allerdings, wie später erörtert werden soll, in Beziehungen zur Hyperemesis stehen. Über die allgemeine Schätzung von Lageanomalien schließen wir uns Theilhaber an.

Veit u. a. haben in Veränderungen der Plazenta (Toxinbildung) eine Ursache des Erbrechens gesehen Siefert teilte einige Beobachtungen mit über Chorionepitheliom; zuerst hatte man die Fälle für schwere Hyperemesis gehalten, da neben zerebralen Erscheinungen übermäßiges Erbrechen und körperlicher Verfall besonders auffällig waren. Fritsch fand bei Blasenmole Erbrechen; ein analoger Fall ist Nr. 34.

Bei einer Zweitgravida, die in ihrer ersten Schwangerschaft nie erbrochen hatte, entwickelte sich aus dem Vomitus matutinus gravidarum das Bild einer schweren Hyperemesis. Zwei menstruationsähnliche Blutungen sowie das Fehlen von Herztönen und Bewegungen des Kindes waren auffällig. Die an der hiesigen Klinik geübte Therapie des unstillbaren Erbrechens versagte; der Zustand der Pat. verschlimmerte sich noch bedeutend, bis plötzlich nach ziemlich reichlichem Blutabgang Erleichterung eintrat: die Kranke erbrach weniger. Trotz ständigem, geringem Blutabgang und Wehen bessert sich das Allgemeinbefinden, nach vier Tagen sistiert das Erbrechen. Drei Wochen später wird die Blasenmole ausgestoßen (nachher digitale Ausräumung) und es erfolgt völlige Genesung.

Also erst nach ziemlich langer Beobachtung war in diesem Falle eine genaue Diagnose möglich. Wir möchten die Kachexie auf die Ansammlung von Giftstoffen im Körper zurückführen. Erst die Blutungen zogen durch Vermehrung der Blutbildung auch eine Vermehrung von Antitoxinen nach sich, wodurch die Unschädlichmachung der Giftstoffe in die Wege geleitet war. Es scheint uns unzweifelhaft, daß die Giftwirkung pathologisch gewucherter Gewebe be- Chorionepitheliom und bei Blasenmole das bekannte Bild der Hyperemesis gravidarum bedingen kann.

Von hier geht die Brücke zu den Anschauungen über die Zottendeportation von Veit, der die Hyperemesis neuerdings als wahrscheinlich durch diese veranlaßt hinstellt. Wenn nun Veit recht hätte, daß dieser Zusammenhang bestände, daß die Zottendeportation ein physiologischer Vorgang wäre, so müßte das Erbrechen bei nahezu 100% der Frauen auftreten, es müßte auch bei den übrigen Plazentaliern bekannt sein. Letzteres ist aber nach den Aussagen namhafter Züchter und Veterinäre nicht bekannt; und auch beim Menschen kommt das Erbrechen nicht einmal in der Hälfte der Fälle vor. Der serologische Nachweis, auf den Veit so sehr abstellt, ist sehr mit Vorsicht aufzunehmen. Wir sind über das Wesen der Präzipitation noch recht wenig unterrichtet, und die in Frage kommenden Substanzen, die zu den Kolloiden gehören (Zangger), sind noch viel zu wenig erforscht. Für die Deutung der Hyperemesis gravidarum bietet aber die Lehre von der Zottendeportation keine Hilfe; das wären doch etwas gar zu kapriziöse Toxine, die durch Isolierung der Patientin, Genuß eisgekühlter Milch usw. allein ihre Wirksamkeit einbüßten! Auch die Ausführungen Behms sind nicht überzeugend und sein Satz: „Die Hyperemesis gravidarum ist eine Intoxikation des Blutes der Schwangern von der Eiperipherie ausgehend, höchstwahrscheinlich synzytialer Natur", ist höchstens auf ganz bestimmte Fälle anwendbar, vielleicht nämlich da, wo das Erbrechen die Eklampsie einleitet. — Es sei an die Sektionsberichte vomierender Frauen erinnert, die ähnliche Veränderungen an Leber und Nieren darboten, wie die klassischen Fälle von Eklampsie; es seien hier die Schmorlschen Befunde von „Eklampsie ohne Anfälle" angeschlossen. Alle diese Fälle hätten dann auch eine gesonderte Bedeutung und vielleicht könnte man diese schwerste Form von Erbrechen als „Äquivalent" des eklamptischen Anfalls bezeichnen (analog den Äquivalenten in der Lehre von der Epilepsie). Es sei bemerkt, daß Williams das Erbrechen für hepatogen hält und Planchon es mit andern Graviditätsanomalien auf Leberveränderungen zurückführt. Für diese Fälle wäre vielleicht charakteristisch, daß das Erbrechen nur unter großem Würgen von statten geht.

Das Zurückgehen auf die innere Sekretion (Ovariensekretion Stella) bietet wohl noch lange Zeit keinerlei Aufschluß. (Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Bericht** über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** zu Berlin am 24. und 25. April 1908. (Fortsetzung.)

Hüfler-Chemnitz: Über die katatonischen Anfälle.

Neben den psychischen Symptomen sind bei der Dementia praecox die somatischen nicht zu vernachlässigen; differentialdiagnostisch können sie manchmal wertvoll sein.

In erster Linie sind zu erwähnen die sogen. katatonischen Anfälle; es sind das nicht hysterische Beifügungen, sondern Anfälle sui generis. Ehe die psychischen Symptome die Oberhand gewinnen, werden derartige Kranke häufig als Epileptiker behandelt.

Nach einem Prodromalstadium, das sich durch motorische Erregung, Ruhelosigkeit, Reizbarkeit meist scharf vom vorhergehenden, vielleicht stuporösen Zu-

stande abhebt, setzt der Anfall mit Somnolenz und entweder klonischen oder tonischen Muskelbewegungen ein: die Bulbi sind nach oben gewendet, der Kopf nach vorn geneigt, tonische Bewegungen der Arme, die halbgebeugt hochgehoben werden, treten auf, die Fäuste sind geballt, oder klonische Bewegungen nicht nur der Arme, sondern des ganzen Rumpfes, der wippend auf dem Bett auf und nieder geschleudert wird.

Dabei ist das Gesicht gerötet, nur die Mundpartie ist, wie bei Scharlach, sehr oft ausnehmend blaß; oft verbreitet sich die Röte bis auf die Brust. Auch die Füße sind oft sehr blaß.

Nach fünf bis zehn Minuten läßt der Krampf mit ziemlich plötzlicher Aufhellung des Bewußtseins nach.

Bei Frauen treten die Anfälle sehr oft 1 bis 2 Tage vor der Menstruation auf. Nicht selten scheinen während des klonischen Anfalls sexuelle Sensationen eine Rolle zu spielen.

Neben diesen typischen Anfällen werden bei Dementia praecox häufig noch andere somatische, auch periodisch auftretende Störungen beobachtet, die man als katatonische Äquivalente bezeichnen kann, Störungen der Motilität, der Sensibilität und der vasomotorischen Innervation.

Die Störungen der Motilität betreffen manchmal nur eine Extremität, etwa den Arm, der eine Zeitlang starr wird: ein nicht seltenes Initialsymptom. Manchmal treten dabei Parästhesien auf.

Viel häufiger sind periodisch auftretende Innervationsstörungen im Fazialis: bald wird, anscheinend ohne jedes psychische Korrelat, dieser Ast, bald jener sekundenlang isoliert innerviert; manchmal werden auch mimische Bewegungen ungleichmäßig ausgeführt.

Seltener sind analoge Störungen im Gebiete des Hypoglossus.

Zeitweise werden diese isolierten Bewegungen als fremdartig empfunden und Erklärungsversuche daran geknüpft: der Teufel zupft an der Lippe, ein Mitpatient hypnotisiert, es hält jemand die Zunge nieder.

Auch sensible Störungen, Schmerzanfälle, werden öfter beobachtet, zeitweise in Verbindung mit vasomotorischen Erscheinungen.

So hatte eine ältere Kranke im Verlaufe eines Jahres, sehr oft 1 bis 3 Tage vor der Menstruation, zwölf Schmerzanfälle im Fuß, die so stark waren, daß sie wimmerte. Vorher war sie meist abnorm erregt, hinterher wieder, wie immer, eher etwas heiterer.

Eine jüngere Kranke zeigte öfter Schmerzanfälle im zweiten Ast der Trigeminus; dabei war der Backen gerötet und heiß; eben dieselbe hatte manchmal schmerzhafte Parästhesien im Fuß: derselbe war während der Anfälle marmorweiß und anästhetisch.

Einigemale wurden im Anschluß an katatonische Erregungszustände starke Rückenschmerzen beobachtet.

Am häufigsten sind die vasomotorischen Störungen: fast in der Hälfte der Fälle wurde spontan oder auf Anreden eintretende Gesichtsrötung gesehen, sehr oft auch mit Freibleiben der Mundpartie.

In einem Falle trat nach einem katatonischen Anfalle Gesichtsödem auf.

Hierher gehören wohl auch die verschiedenartigen Pupillenstörungen.

Ob Anfälle von Erbrechen, von Schweißausbruch, die sehr häufig sind, als katatonische Äquivalente betrachtet werden müssen, bedarf noch der weiteren Feststellung.

Alle diese somatischen Störungen sind nicht immer vorhanden, sondern treten periodisch auf, manchmal zusammen mit Bewußtseinstrübung.

Bei jugendlichen Personen sind die vasomotorischen Störungen und die echten Anfälle am häufigsten, die Schmerzanfälle und die motorischen Störungen im Fazialis scheinen auch späterhin vorzukommen.

Wenn auch die beschriebenen somatischen Symptome hinter den psychischen weit an Wichtigkeit zurückstehen, so können sie doch manchmal von diagnostischem Werte sein. (Schluß folgt.)

— **Für die Frage der Familien-Anamnese in ärztlichen Gutachten** ist die Auffassung von Interesse, welche der Pariser Kassationshof in einem Urteil vertritt. Wir geben sie nach einer französischen Zeitschrift hier wieder.

La Cour de Cassation vient de rendre un arrêt intéressant en ce qu'il fixe la responsabilité des médecins que délivrent le certificat exigé pour l'internement d'une personne dans un établissement d'aliénés.

Un médecin, dans le certificat joint à la demande d'internement, après les appréciations relatives à la personne qu'il s'agissait de faire interner, avait ajouté: »Parmi les collatéraux, on trouve un frère dégénéré, type de persécuté-persécuteur, et une sœur peu intelligente. Un fils du premier lit présente aussi des signes de dégénération mentale.«

Les personnes ainsi visées apprécièrent médiocrement la peu flatteuse opinion que le médecin avait exprimée sur leur état mental, et intentèrent contre ce dernier une action en dommages-intérêts.

L'affaire est venue devant la Cour de Cassation, sur le pourvoi du médecin. Le pourvoi soutenait notamment qu'un médecin ne pouvait être considéré comme en faute pour avoir mis dans un certificat médical telles indications qu'il avait jugé utile d'y insérer dans l'intérêt du malade.

La chambre des requêtes, présidée par **M. Tanon** a, ainsi que le lui demandèrent le conseiller rapporteur Loubers et l'avocat général Lombard, rejeté le pourvoi

Son arrêt, dont on ne saurait méconnaître la portée, décide que l'homme de l'art n'a pas, pour la rédaction du certificat relatif à l'internement d'une personne aliénée, une latitude absolue, spécialement en ce qui concerne la désignation des tiers dont l'état mental n'est pas en question et que certaines appréciations introduites à leur égard dans un certificat qui n'a d'autre but que de justifier la demande d'internement, peuvent revêtir un caractère abusif et devenir ainsi pour eux le principe d'une action en réparation.

L'arrêt conclut que le médecin a éta à bon droit condamné à des dommages-intérêts envers les tiers, à raison des appréciations qu'il avait portées sur leur compte et qui présentaient, précisément, un caractère abusif. (Gazette Médicale de Paris, 15. 6. 08.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 17. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh Med.-Rat, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien). Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Wien. Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 17. 18. Juli **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Über einige körperliche Begleiterscheinungen der Verblödung.

Von Oberarzt Dr. *Lomer* in Blankenhain b. Weimar.

Solange wir nicht eine wirklich einwandsfreie Methode der Intelligenzprüfung haben, wird es uns auch nicht möglich sein, das tatsächliche Einsetzen eines Verblödungsprozesses in seinen ersten Anfängen exakt festzustellen. Jeder Praktiker weiß ja, wie schwer es z. B. sein kann, bei den sogen. Defektheilungen des Jugendirreseins eben diesen supponierten „Defekt" objektiv nachzuweisen. Für gewöhnlich bleibt es bei dem subjektiven Gesamteindruck, daß keine völlige restitutio ad integrum eingetreten sei, und eine gewisse geringere gemütliche Ansprechbarkeit muß oft genügen, um das Urteil „Heilung mit Defekt" wissenschaftlich zu rechtfertigen.

Unsere Methoden reichen eben bislang nicht aus, um einen wirklich umfassenden, erschöpfenden Status eines psychischen Zustandsbildes zu ermöglichen, und abzuwarten bleibt es einstweilen noch, ob die junge experimentell-psychologische Richtung hier praktisch greifbarere Resultate zeitigen wird als die alte Schule. Vorläufig greifen wir in der Praxis immer wieder auf den subjektiven Eindruck zurück, der uns die eine oder die andere Prognose stellen läßt. Eine Prognose, die sich — streng wissenschaftlich genommen — keineswegs immer rechtfertigen läßt, es sei denn, daß der Betreffende sich einer besonders gediegenen und umfassenden Erfahrung erfreut.

Wie gesagt, die Kriterien einer Heilung akuter Prozesse — sei es mit, sei es ohne Defekt — stehen auf sehr unsicheren Füßen.

Festeren Boden gewinnt die ärztliche Erkenntnis und damit die Voraussage erst bei vorgeschritteneren, jahrelang dauernden Zuständen, in denen die Folgen des Zerstörungswerkes auch dem oberflächlichen Blicke sich deutlicher offenbaren: ein höherer Grad geistiger Schwäche wird in der Regel ohne Schwierigkeit erkannt. —

Ich möchte nun hier auf eine Reihe körperlicher Begleiterscheinungen hinweisen, welche häufiger oder seltener mit dem inneren Prozeß der Verblödung Hand in Hand zu gehen pflegen und m. E. bei Stellung der Prognose bisher allzu wenig Berücksichtigung gefunden haben. Diese körperlichen Begleiterscheinungen, die der Anstaltspsychiater tagtäglich vor Augen hat, ohne sie meist sonderlich zu beachten, liegen auf vasomotorischem, auf sekretorischem sowie auf dem Gebiete der Ernährung. Zunächst sei kurz von ersteren die Rede.

Bei Individuen mit labilem Vasomotorensystem ist leichtes Erröten und Erblassen eine häufige Erscheinung. Beides kann sich bei Verblödungsprozessen zum Dauerzustand entwickeln. Der das Erblassen der Haut bedingende Krampf der Vasokonstriktoren kann zum Dauertonus werden und verleiht dem Kranken jene elende Blässe, welche sich nicht auf das Gesicht beschränkt, sondern die gesamte Haut des Körpers befällt und unter Umständen zur Verwechselung mit Anämie den Anlaß gibt.

Weit häufiger, bisweilen als Folgestadium der Verengerung, findet sich jedoch das Gegenteil: eine chronische Erweiterung der Gefäße. Sie tritt nicht nur im Gesicht deutlich hervor, sondern bevorzugt auffällig die Extremitäten. Hände und Füße bekommen ein dunkel-cyanotisches, gedunsenes Aussehen, fühlen sich kalt an, und ziemlich oft sieht man im Anschluß daran eine leichte Schuppung der Haut auftreten; ja, manchmal kommt es auch zur Bildung eigentümlicher Hornhautschwielen.

Diese — zuweilen auf eine Körperhälfte beschränkte — Cyanose mit ihren Folgeerscheinungen ist, wenn sie bei Geisteskranken auftritt, stets ein Signum mali ominis. Sie ist irreparabel und zeigt bestimmt an, daß der Verblödungsprozeß ziemlich weit vorgeschritten ist.

Unter den auffälligen Veränderungen auf sekretorischem Gebiete ist in erster Linie der Speichelfluß oder die Salivation zu nennen. Die Kranken

sitzen mit nach vorne gebeugtem Kopfe da und lassen unausgesetzt Speichel auf Kleider oder Fußboden rinnen. Ist noch eine gewisse Aktivität vorhanden, so spucken sie auch wohl um sich. Auf diese Weise werden oft bedeutende Mengen von Speichel entleert, und die normale Menge, welche etwa 1500 ccm in 24 Stunden betragen kann, um das mehrfache überschritten. Führt die Gehirnkrankheit zum Tode, so pflegt der Speichelfluß eine Zeitlang vor der Katastrophe aufzuhören. In jedem Falle hat auch er als schlechtes Vorzeichen zu gelten, zumal wenn er — wie zuweilen — ganz frühzeitig auftritt.

Eine andere pathologische Sekretionserscheinung ist die — besonders bei Hebephrenen und Katatonikern gar nicht so seltene — Seborrhoe, eine vermehrte Ausscheidung aus den Talgdrüsen, besonders des Gesichts. Das letztere erhält dadurch oft ein geradezu fettiges Aussehen. In Verbindung damit kann es manchmal zu vermehrter Schuppenbildung der Kopfhaut kommen.

Beide Erscheinungen, Seborrhoe wie Schuppung, haben lediglich nebensächliche Bedeutung und kommen bei leichteren so gut wie bei schwereren Erkrankungen vor. Im weiteren Verlaufe des Leidens verschwinden sie oft, beim Ausgang in Genesung stets.

Es sei bei dieser Gelegenheit auch auf das häufige Vorkommen des Schweißfußes in den großen Anstalten hingewiesen, ohne daß ich diesem Umstande eine innere Beziehung zu psychotischen Vorgängen zuzuschreiben wage. Bemerkenswert erscheint mir die Tatsache jedoch, zumal da für Reinhaltung der Kranken durch regelmäßige Bäder ausreichend gesorgt ist.

Auch Schweißhände sind keine Seltenheit.

Zum Schlusse sei der eigentümlichen Ernährungsstörung gedacht, welche oft das Stadium stationärer Verblödung einleitet: der auffallenden Fettsucht mancher Kranker.

Fettsucht kommt ja auch bei Normalgeistigen, z. B. bei Diabetikern, bei Kastrierten oder bei Frauen nach eingetretenem Klimakterium nicht allzu selten vor. Sie hat hier jedoch eine ganz andere symptomatische Bedeutung als bei Geisteskranken. Während nämlich die akuteren Krankheitsphasen, besonders bei stürmischem Verlauf, meist mit einer mehr oder weniger starken Gewichtsabnahme einhergehen, pflegt das Einsetzen einer über das Normale hinausgehenden Gewichtszunahme ein sicheres Zeichen der beginnenden Verblödung zu sein. Ja, es gibt Fälle, wo sie das sicherste und frühzeitigste Kennzeichen derselben bildet. Regelmäßige und häufige Wägungen sollten daher gerade nach dem Ablauf akuter Krankheitserscheinungen niemals versäumt werden. Das erreichte Höchstgewicht ist oft geradezu erstaunlich. In der hiesigen Anstalt befindet sich eine verblödete Kranke von 280, eine andere von rund 300 (!) Pfund Gewicht!

Wenn wir die oben geschilderten Symptome ätiologisch zu erklären suchen, müssen wir uns leider auf Vermutungen beschränken. Die Erscheinung der Cyanose dürfte als zerebrale Lähmungserscheinung, die anderen Symptome, Blässe, Salivation, Seborrhoe als zerebrale Reizerscheinungen zu deuten sein, die sicherlich irgendwie mit der psychischen Destruktion zusammenhängen, deren eigentliches Zustandekommen uns jedoch vorläufig dunkel ist.

Ebensowenig wissen wir über die Ätiologie der Fettsucht. Vielleicht ist folgende vorläufige „Erklärung" annehmbar:

Personen mit regem geistigen Leben sind selten fettleibig. Die vielen, einen lebhaften Geist zur Reaktion reizenden Eindrücke der Außenwelt lassen den Organismus nie in sich zur Ruhe kommen. Die animalisch-zerebralen Funktionen drängen die vegetativen zurück. Anders beim Geistesträgen oder Schwachsinnigen. Sein insuffizientes Gehirn ist bald gesättigt und läßt den Organismus in einem Zustande der Stabilität verharren, der einen beschaulichen Fettansatz außerordentlich erleichtert.

Es ist eine alte Wahrheit, daß Geist zehrt, Schwachsinn aber nährt, und am glücklichsten und ruhigsten waren von jeher die Leute, die nicht durch ein allzu großes Plus von Reflexion und Intelligenz in ihrem Selbstgenuß gestört wurden.

Erwiderung auf die Ausführungen des Herrn G. Chr. Schwarz.

Von Dr. *Kapff*, Direktor der Heilanstalt Waldfrieden bei Fürstenwalde a. Spree.

Die nach allen Richtungen instruktiven und fesselnden Ausführungen des Herrn G. Chr. Schwarz in Nr. 39, 40, 41 usw. dieser Zeitschrift verraten eine außerordentliche Vertiefung in eine bisher mehr mechanisch behandelte technische Frage, einen wissenschaftlichen Ernst der Beobachtung und Zielrichtung, dazu ein so warmes Interesse für den nervösen Kranken wie auch für das, was ihm körperlich und seelisch nottut, daß man sich recht viele solcher Talente und Lebenskünstler, denen die Erziehung des nervösen Menschen

zum Vollmenschen durch die Regelung der Arbeit inneres Bedürfnis und Lebensaufgabe geworden ist, wünschen möchte.

Ich bin weit entfernt, an seinem großzügigen Programm, das alle Einwände im voraus klar ins Auge faßt und auf dem guten Fundament des eigenen Erlebnisses und der Praxis beruht, besondere kritische Bemerkungen zu knüpfen, zumal da ich mir gerade in der hier angeschnittenen Frage von theoretischen Auseinandersetzungen nicht viel verspreche, vielmehr jeder Leiter bestrebt sein muß, ein warmes Herz für die Kranken, Geschick, praktischen Blick und die Kunst des Verständnisses für die kranke Individualität zur Verfügung zu stellen, um je nach der finanziellen und örtlichen Situation seiner Anstalt das mitgeteilte Programm zu variieren und zu modifizieren. Ich stimme dem Vorschlag von Instruktoren bei, besonders wenn sie ihren Beruf so erhaben und großzügig auffassen wie der Herr Schwarz. Ich glaube aber nicht fehlzugehen mit der Annahme, daß gerade solche Laien-Naturen, die geistig tiefer in die Materie eindringen und von einer höheren Warte aus den Stoff betrachten, selten sind und auch nicht zahlreich erzogen werden können. Von dem Durchschnitt der gedachten Instruktoren wird manches simpler und gewöhnlicher angefaßt und aufgefaßt und damit der Erfolg geringer werden. Gebe ich auch zu, daß von einzelnen besonders talentierten und begabten Arbeitsleitern auf dem neuen Gebiete recht Gutes und Ersprießliches geleistet werden wird, so halte ich es andererseits für eine ärztliche Pflicht, gegen die Auffassung des Verfassers der fraglichen Artikel, soweit sie die Stellung zum leitenden Arzt betrifft, mich zu wenden. Es heißt in einem Satze, der freimütig ausgesprochen und sicher rein sachlich und gut gemeint ist: „Je mehr nun im Einzelfalle die reine Arbeitstherapie für die Genesung ausschlaggebend und besonders je geschickter von gebildeten Instruktoren diese geboten wird, um so mehr steigt letzterer im Ansehen bei den betreffenden Kranken. Nun soll mich wundern, ob nicht ärztliche Empfindlichkeit noch auf lange hinaus darin neue „Schwierigkeiten" sieht oder konstruiert, und um diese nicht erstehen zu lassen oder sie zu beseitigen, ob da nicht das ganze Niveau der Arbeitsbehandlung entsprechend niedrig eingestellt wird."

Es dürfte der Sache sicher dienlich sein, wenn der offenbar aus praktischer Erfahrung geschöpfte Vorwurf auch in ärztlicher Beleuchtung zur Sprache kommt. Ich schicke voraus, daß ich dann eine Anstalt für gut geleitet erachte, wenn jeder einzelne der Beamten und Subalternen möglichst viel Freiheit und Selbständigkeit in seinem Arbeitsgebiet genießt, gerne arbeitet und durch seine Leistungen an Ansehen und Hochachtung gewinnt. Als Voraussetzung dieser Freiheit muß aber gelten, daß keiner mehr für sich beansprucht, als ihm kraft seines Einzelamtes zukommt, und daß er die alle Fäden zusammenfassende Autorität als solche — in rein militärischem Sinne — rückhaltslos anerkennt. Je mehr Ansehen die einzelnen Glieder gewinnen, nicht auf Kosten des Oberhauptes, sondern in harmonischer Übereinstimmung mit diesem, um so schöner und besser steht die Anstalt da. Es ist nun eine menschliche Erfahrungstatsache, daß jeder, der einen neuen Vorschlag, eine originelle Idee zur Krankenbehandlung liefert, in einer gewissen Autosuggestion befangen, in seinem Gedankenfluge einseitig gehemmt oder gesteigert, diese Idee in den Brennpunkt alles Geschehens und Erlebten zu erheben, die natürliche Neigung hat. Die grelle Beleuchtung der von schöpferischem Schwung beseelten eigenen Anschauung blendet das Auge für andere Gegenstände und Materien. Es geht das uns Ärzten ebenso. Ein neues Arzneimittel hat so oft in der ersten Zeit Erfolge und merkwürdige Lichtseiten aufzuweisen, die sich auf ausgedehnten Krankheitsgebieten nachweisen lassen; wir sind entzückt und begeistert; allmählich bemerken wir aber, daß der Zauber abnimmt, der Wirkungskreis und die Dynamik des Mittels zurückgeht. Wir haben das Mittel überschätzt, den Wert von guten alten Mitteln nicht mehr so recht vor Augen gehabt oder haben, gehoben und getragen von der aussichtsreichen Perspektive eines vermeintlich herrlichen Medikaments, unsere Kräfte verdoppelt und so dem chemischen Agens neue, ihm nicht ursprüngliche Kräfte zugeführt. So ähnlich möchte es vielleicht auch mit dem Ausbau der Arbeitsreglung und Arbeitsschulung gehen. Die Hypnose hat als geistiges Medikament früher ebenso als Morgengestirn am therapeutischen Himmel gestanden, das alles Dagewesene in den Schatten stellen sollte.

Ich will damit das Gute und Brauchbare der neuen Idee nicht herabsetzen, nur so viel sagen: die Arbeitstherapie in ihrer schönsten Aufmachung und vollendeten Ausnutzung ist auch bloß ein Zweig an dem großen Baume der medizinischen Therapie. Sie wird ernstlich berücksichtigt werden müssen und mit andern Heilfaktoren zusammen Heilung bringen können, losgelöst aber von dem gesamten übrigen Heilschatze psychologischer, physikalischer, chemischer oder mechanischer Natur dem Schicksal aller Einseitigkeit verfallen und mit der Zeit an vitaler Energie verlieren. Gerade die Universalität der ärztlichen Autorität

ist es immer wieder, die Gewähr für eine richtige zweckmäßige und wertvolle Behandlung der Kranken bietet. Daß der Arzt gelernt hat, objektiv und sachlich mit naturwissenschaftlichem Denken den Krankheiten nachzuforschen, bewahrt ihn leichter wie den Laien vor Einseitigkeit, vor einseitiger Betonung gewisser Heilmethoden. Die Objektivität und Universalität ist es auch in erster Linie, die dem leitenden Arzte einer Anstalt das Übergewicht über alle seine untergestellten Organe verleiht, ihm den Charakter der Autorität gewährt.

Dazu kommt, daß überall, wo eine nachdrückliche Wirkung auf Massen ausgeübt werden soll, wo es sich um die Einteilung, Disziplinierung, Einordnung und Beherrschung einer großen Anzahl Kranker oder eines Krankenhaushalts handelt, notwendig eine Spitze da sein muß, ein ruhender Pol in der Erscheinungen Flucht, nach dem unwillkürlich immer wieder die Blicke sich lenken, und von dem aus der Grundton ausgeht, nach dem der Betrieb sich formt und bildet. Es ist der allein verantwortliche Teil des ganzen belebten Organismus der leitende Arzt; mag er Fehler und Schwächen haben, mag er in manchen, besonders technischen Fragen dem Arbeitsleiter nicht gewachsen sein, das ändert an der Tatsache nichts: eine Behandlung will ihren ideellen Führer haben. So liegt es in der Psychologie des Menschen und besonders der Kranken. Sie schauen aus nach der Spitze und wollen einheitlich gelenkt und geführt sein. Alles, was dieses Abstraktum Autorität schwächt, von ihm abzieht, seine Stellung unsicher macht, schädigt das Ganze und rückwirkend seine Teile. Es dürfen sich daher auch in den Konferenzen nicht der leitende Arzt und der Arbeitsleiter gegenüberstehen, sondern es muß im Anstaltsinteresse eine freiwillige Unterordnung des letzteren unter die ärztliche Autorität verlangt werden. In seiner kleinen Welt soll der Instruktor schalten und walten dürfen, aber er muß sich stets eingedenk sein, daß seine Tätigkeit ein Teil der Gesamtheit ist, daß sie sich eingliedern muß in den übrigen Organismus. Sie darf sich nicht als etwas Besonderes abheben, jedenfalls darf dieser Gesichtspunkt den Kranken sich nicht aufdrängen, nicht einmal zum Bewußtsein kommen. Der Arbeitsleiter, und wenn er noch so begabt und talentiert ist, hat auch allen Grund, seine therapeutischen Resultate nicht zu überschätzen. Bekommt er doch von dem leitenden Arzte wohl meist das geeignetste Material, das auf Grund reiflicher Überlegung und Gedankenarbeit durchgesiebt und vorbereitet wird. Die eigentliche Erkenntnis des Leidens und damit das Fundament der Behandlung wird von dem Arzte festgelegt. Auch liegt die Sache für den Instruktor insofern leichter wie für den leitenden Arzt, als die Arbeit in der Werkstätte mit ihren günstigen Rückwirkungen auf Körper und Geist usw. des Kranken von vornherein schon durch ihre Sinnenfälligkeit und leichtere Faßlichkeit bei geeignetem Hinweis darauf mehr als Heilfaktor imponiert, als manches schwerverständliche, geistig aber höherstehende ärztliche Wirken. Es hat also der technische Leiter vor dem leitenden Arzt ein in der Natur der Dinge gelegenes Prae voraus. Um so weniger ist er berechtigt, diesen Vorzug so auszunutzen, daß der Kranke auf den Gedanken kommen kann oder muß, die eigentliche Behandlung sei losgelöst von der ärztlichen Wissenschaft, von ärztlicher Beeinflussung. Es liegt doch der Gedanke sehr nahe, daß bei einer besonderen Heraushebung und Betonung der Person des Arbeitsleiters sowie des Arbeitsfaktors als eines ganz spezifisch wirkenden Heilfaktors der Kranke weiter schließt, also ist der Arzt nur noch in zweiter Linie wichtig, eigentlich bedarf es ärztlicher Hilfe und Maßnahmen nur nebenbei. Würde diese Annahme den Tatsachen entsprechen, bestände die Heilung der Nervösen zum größten Teil oder ganz in der durchgeistigten Arbeitsreglung und Arbeitsschulung unter der Führung des Arbeitsleiters, wäre es so weit, daß alle bisherigen Erfolge auf diesem Gebiete von der neuen Therapie ganz in Schatten gestellt werden, daß eine Anstalt nur einen einseitigen Charakter der Behandlungsweise repräsentieren darf, die Universalität und Beherrschung des gesamten Heilschatzes durch den Arzt abgetan werden soll, dann wäre es Pflicht und höchste Zeit für den Arzt, abzudanken und zu sagen: nun, dann möge sich diese neue Therapie auf eigene Füße ohne das Aushängeschild der ärztlichen Firma stellen. Damit bin ich bei dem eigentlichen Thema angelangt, der Empfindlichkeit des Arztes. Je tiefer das Wissen, je ausgedehnter die Kenntnis von der Kompliziertheit der Nervenleiden ist, desto schwieriger und desto schwieriger zu würdigen sind die Heilerfolge des Arztes. Der Laie hat es dagegen mit klar übersehbaren Verhältnissen zu tun, wenn er sich wie hier mit Kranken beschäftigt. So kommt es, daß der Arzt seine Erfolge naturgemäß niedriger einschätzt, seine komplizierte Geistestätigkeit geringer wertet als der andere im Dienste der Kranken. Und aus dieser Schwäche und Unsicherheit schließt der Laie leicht, daß die ärztliche Wissenschaft überhaupt nicht viel wert sei und nicht so schwer durch Laien ersetzt werde.

Demgegenüber sage ich: wir können gar nicht genug empfindlich sein. Wir müssen unsere ärztliche

Autorität als Abstraktum mit größtem Nachdruck in den Vordergrund stellen und dürfen uns nicht minderwertig erscheinen lassen. Nicht der persönlichen Empfindlichkeit, die niemand etwas gönnt und keinen neben sich sehen kann, rede ich das Wort, sondern der Empfindlichkeit, die ihre Wurzeln in der Erkenntnis hat, daß ärztliches Wissen und Können ob seiner Schwierigkeit und Kompliziertheit häufig verkannt wird, und daß alle Glieder des Anstaltsorganismus von einer Einheit gelenkt werden müssen, daß das Hervorwuchern eines Teils ohne Eingliederung und Unterordnung das Ganze schädigt und die schwere, ärztliche Verantwortung noch mehr erschwert. Mit Freuden muß der leitende Arzt jeden Fortschritt in der Therapie begrüßen, er muß jeder Verbesserung und Neuerung willig sein Ohr leihen, aber auf seinem Grund und Boden darf kein Dualismus herrschen, darf der Gedanke nicht Wurzel schlagen, daß zwei sich gegenüberstehen mit zwei Heilprinzipien. Hie Arzt! — Hie Instruktor!

Es darf sich der Arzt nicht persönlich verletzt fühlen, sondern er ist es seinem Stand, seiner Autorität, seiner Standes-Geschichte, seiner Anstalt und dem Wohle der Kranken schuldig, daß er empfindlich reagiert, wenn die Einheit gestört wird. Nicht an der persönlichen Empfindlichkeit des Arztes darf ein Novum scheitern, sondern Taktgefühl, der Geist der Disziplin und der vernünftigen Unterordnung, die Hochachtung vor dem ärztlichen Stande muß den Arbeitsleiter in einer Anstalt beseelen und ihn gern und freiwillig der Sache und Autorität sich hingeben lassen. Fühlt er einen Mangel an solchen Eigenschaften, so halte er sich nicht für geeignet, in der Anstalt zu wirken. Genau wie das Regiment dem Oberst nicht persönlich, sondern als Verkörperung einer Idee Gehorsam und Unterordnung leistet, so darf sich auf dem Gebiete der Therapie, auf dem Anstaltsboden keine zweite Macht deutlich fühlbar und aufdringend auf Kosten der Führung geltend machen. Hochachtung vor der Autorität — nicht notwendig vor der Person — des Arztes muß der Instruktor schon von vornherein mitbringen, sonst fällt er mit seiner Art und Gebaren heraus aus dem allgemeinen Rahmen des Betriebs, darauf diese geistige Hierarchie zugeschnitten ist, und dem niemand Gewalt antun kann, ohne das Ganze zu schädigen. Ob das Geschenk der Gesundheit aus der Hand des Arztes oder des Laien kommt, ist außerhalb der Anstalt für die Allgemeinheit nicht gleichgültig; in der Anstalt aber ist das Heilen erst recht seit Jahrhunderten ganz allein mit der Person des Arztes verknüpft, es liegen in der Behandlung des Arztes suggestive Kräfte verborgen, die sicher in vielen Fällen mitwirken und durch einen andern Stand nicht ohne weiteres vertreten werden können. Ausnahmen bestätigen die Regel. Es ist nicht zweifelhaft, daß die Empfindlichkeit uns leicht als persönliche Herrschsucht, als Neid, als Unterdrückung aufstrebender Talente gedeutet wird, während ich betonen möchte, wir sind eher zu wenig empfindlich gewesen und sind es noch heute zu wenig, sonst hätten wir nicht überall an Autorität und Achtung eingebüßt.

Der Respekt vor der Institution des Arztes, vor seiner Vergangenheit, vor seinem ethischen Wert ist immer mehr im Sinken begriffen, nicht weil der Ärztestand nichts geleistet hätte, sondern weil er durch die Lohnbewegung degradiert wurde. An den Anstaltsleitern liegt es, mit Empfindlichkeit die ethischen Seiten des ärztlichen Berufes zu wahren. Damit will ich nicht sagen, daß ich nicht Herrn Schwarz voll und ganz alle seine Erfolge gönne und die fernere Verwirklichung seiner Pläne für sehr empfehlenswert und nützlich erachte, aber nicht als Konkurrent des Anstaltsarztes, sondern in freiwilliger Abhängigkeit und vernunftgemäßer Eingliederung in den Anstaltsorganismus. Dann wird er sein Werk gefördert sehen; es wird nicht auf ein niedriges Niveau herabgeschraubt werden. Die „Schwierigkeiten" brauchen nicht von dem ehrwürdigen und sich aufopfernden Stand der Ärzte auszugehen, sondern bedürfen zur Überwindung in erster Linie eigener Nachgiebigkeit und Nachdenkens darüber, was man in der Anstalt der Autorität des unpersönlichen Arztes schuldet.

Zur Frage von den Abstinenzdelirien.

Von Dr. *Holitscher* in Pirkenhammer bei Karlsbad (Böhmen).

(Schluß.)

Dies ist die möglichst knappe Zusammenfassung der auf meine Umfrage eingelaufenen Antworten. Ich möchte aber, bevor ich daran gehe, die Ergebnisse zu überblicken und Schlüsse daraus zu ziehen, noch eine sehr wichtige und auf genauester klinischer Beobachtung beruhende Arbeit anführen, von der Hosch merkwürdigerweise gar keine Notiz genommen hat, nämlich die Monographie von A. Döllken

„Die körperlichen Erscheinungen des Delirium tremens". Döllken hat 120 Fälle aus der Flechsigschen Klinik einer eingehenden Analyse unterzogen und kommt zu dem Ergebnisse, daß in keinem einzigen Falle Abstinenz als Gelegenheitsursache angenommen werden kann; er führt weiter gegen die Abstinenztheorie dieselbe Tatsache an, die bereits Baer und Näcke gebracht haben, daß nämlich von den vielen in das Leipziger Gefängnis eingelieferten Potatoren nicht mehr als etwa zehn jährlich an ausgesprochenem Delirium erkranken (diese Beobachtung steht allerdings in auffallendem Widerspruche zu den Mitteilungen Bonhoeffers über die Verhältnisse in Breslau). Döllken erklärt die Entstehung der Lehre von dem Delirium e potu intermisso übrigens dadurch, daß bei einem Teile der Kranken Widerwille gegen den Alkohol zu den Prodromalsymptomen gehört; sie trinken dann in diesem Stadium, das fünf bis sechs Tage, aber auch ein paar Wochen dauern kann, nicht mehr, und dann bricht erst das Delir aus, aber freilich nicht wegen der Abstinenz. Die von Flechsig gegebene Theorie über die ätiologische Grundlage des Deliriums, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, die aber gewiß sehr viel für sich hat, ist übrigens mit der Annahme von Delirien, die durch plötzliche Entziehung des Alkohols entstehen, durchaus unvereinbar.

Werfen wir nun einen Rückblick auf das gesammelte Material. Es geht daraus das eine mit Bestimmtheit hervor, daß es sehr selten vorkommende Fälle gibt, man kann sagen, auf hunderte von Deliranten und zum Delirium reifen Trinkern einen, in denen einige Tage nach der unvermittelten Entziehung des Alkohols ein gewöhnlich leicht und ungefährlich verlaufendes Delirium auftritt, für das sich keine der Ursachen auffinden läßt, die sonst für das Auftreten des Deliriums verantwortlich gemacht werden, wie Verletzungen, Infektionskrankheiten, psychische Erschütterungen, Operationen usw. Aber was will das besagen, da es in einem recht großen Prozentsatze der Delirien auch sonst unmöglich ist, derartige anamnestische Momente ausfindig zu machen? Man mag grundsätzlich die Möglichkeit, daß alle diese Störungen als auslösende Ursachen wirken können, zugeben; in Wirklichkeit wird man in der Mehrzahl der Fälle vergeblich nach einem oder dem andern suchen. Bedenkt man ferner, wie wenig wir noch über die Pathogenese des Deliriums wissen, wie weit die Ansichten über seine Ätiologie auseinandergehen, daß wir von der Beantwortung der Frage, warum der eine Alkoholiker das Delirium bekommt, der andere ebenso schwere aber nicht, noch weit entfernt sind, so müssen wir wohl sagen, daß die Theorie von den Abstinenzdelirien auf recht schwachen Füßen steht. Ja wenn es wahr wäre, was offenbar auch Hosch annimmt, daß in jedem Deliriumfalle eine Gelegenheitsursache auffindbar sein müsse, dann ließe sich die Meinung rechtfertigen, daß dort, wo eine andere sich nicht auffinden läßt, die Abstinenz diese Rolle spielt. Aber davon ist wie gesagt gar keine Rede! Und da es übrigens feststeht, daß dem Delir ein Prodromalstadium vorausgeht, das zuweilen wochenlang, gewöhnlich aber einige Tage andauert, daß ein gar nicht seltenes Symptom des Prodromalstadiums Ekel vor Schnaps ist, so daß der Ausbruch nach und trotz längerer Abstinenz, aber ganz gewiß nicht durch sie erfolgt, so bleiben fast keine Ursachen übrig, um mit einiger Berechtigung an diesem Kausalnexus festzuhalten.

Aber auch wer sich nicht davon trennen wollte, müßte zugeben, daß Ursache und Wirkung so außerordentlich selten zusammentreffen, daß man gar nicht umhin kann anzunehmen, in diesen Fällen müsse noch ein uns derzeit unbekannter Faktor mitgewirkt haben, sei es nun eine besondere Empfindlichkeit des Kranken, sei es eine ganz eigentümliche Art der Intoxikation seines Zentralnervensystems, das im Gegensatze zu den „normalen" Fällen anstatt mit Entspannung mit akuter Entladung reagiert. Ganz sicher ist das eine, daß diese Fälle Ausnahmen darstellen, mit denen man in der Praxis ebensowenig rechnen darf und kann wie mit anderen Abweichungen von der Regel. Es gibt Menschen, die auf schlafmachende Dosen Chloralhydrat Aufregungszustände bekommen; wer wird deshalb dem Chloral den Charakter eines Narkotikums absprechen?

Die praktische Nutzanwendung, die aus den in vorstehenden Zeilen niedergelegten Erfahrungen und Anschauungen einer sehr großen Zahl der maßgebendsten deutschen Fachmänner gezogen werden muß, kann nur die sein, daß zwar hier und da kurze Zeit nach Alkoholentzug Delirien vorkommen und es nicht unmöglich ist, daß diese in sehr seltenen Fällen bei fortgesetztem Alkoholgenusse nicht eingetreten wären, daß es sich in der ungeheueren Mehrzahl der Fälle aber umgekehrt verhält und es ein weit sichereres und verläßlicheres Mittel ist, um den Ausbruch des Delirs zu verhüten, den Alkohol plötzlich zu entziehen als umgekehrt. Den Alkohol prophylaktisch fortzugeben, um den Ausbruch des Deliriums zu verhüten, ist nach allen vorliegenden Erfahrungen durchaus ungerechtfertigt und irrationell.

Die Psychiater und Heilstättenärzte haben sich diesen Lehrsatz längst zu eigen gemacht, und man

kann behaupten, daß eine gegenteilige Praxis bei ihnen überhaupt nicht mehr oder doch höchstens in ganz seltenen Ausnahmsfällen geübt wird. Wenn im Gegensatze dazu auch heute noch auf internen und chirurgischen Kliniken und Abteilungen den Trinkern Alkohol in mehr oder weniger großen Mengen (meistens in großen) in der Absicht gereicht wird, den Ausbruch des Deliriums zu verhindern, so entspricht dieses Verfahren nicht mehr den heute von der Wissenschaft anerkannten Lehren; es beruht auf einer alten Tradition, auf dem beliebten Festhalten an dem Herkömmlichen. Es ist eine durchaus berechtigte Forderung, daß die Internisten und Chirurgen sich von diesem Brauche losmachen und allen Trinkern, ob sie nun aus dieser oder jener Ursache spitalbedürftig geworden sind, den Alkohol sofort und unvermittelt entziehen. Es ist geradezu ihre Pflicht, Untersuchungen und Vergleiche vorzunehmen, welches Verfahren die besseren Ergebnisse zeitigt; wer mit unbefangenem Auge prüft, was uns die bisherigen Erfahrungen lehren, wird nicht im Zweifel sein, wie das Resultat dieser Forschungen ausfallen wird.

Aus der Universitätsfrauenklinik Zürich.

Beiträge zur Kenntnis der Hyperemesis gravidarum.

Von *E. Hermann Müller.*

(Die Fortsetzung dieses Artikels erfolgt in nächster Nummer.)

Mitteilungen.

— **Die Zentralstelle für deutsche Personen- und Familiengeschichte Leipzig** versendet nachstehenden Aufruf: Am 3. bis 6. August d. Js. findet in Gießen ein Kurs über Familienforschung und Vererbungslehre statt, für welchen das anliegende Programm aufgestellt ist und dessen Besuch allen denen, die sich für genealogische Arbeiten interessieren, nicht warm genug empfohlen werden kann.

Es ist höchst erfreulich, daß damit eine Zusammenarbeit der kräftig aufstrebenden naturwissenschaftlich-genealogischen bezw. medizinisch-genealogischen Forschung mit der wissenschaftlichen Genealogie sich anbahnt. Beide Bestrebungen werden immer mehr auf gemeinsame Arbeit angewiesen sein.

Es scheint uns aber auch diese Tagung, welche wir beschicken, ein guter Anlaß zu sein, unter den hoffentlich von allen größeren genealogischen Vereinen anwesenden Vertretern und den dort versammelten genealogischen Forschern eine Zusammenkunft und hierbei eine Aussprache und Einigung unter sich und mit den Naturwissenschaftlern über verschiedene brennende Fragen herbeizuführen.

Wir haben uns mit Herrn Prof. Dr. Sommer, als den verdienstvollen Veranlasser jenes Kurses, ins Einvernehmen gesetzt und von ihm die liebenswürdige Ermächtigung erhalten, für die beabsichtigte Zusammenkunft den Hörsaal der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten in Gießen, deren Direktor Herr Prof. Dr. Sommer ist, unentgeltlich zu benutzen. Am Donnerstag, den 6. August, sollen daselbst bereits von 9—12 Uhr zwanglose Besprechungen unter Zugrundelegung nachstehender Gedanken stattfinden, um 12 Uhr wird Herr Prof. Dr. Sommer den Schlußvortrag des Kurses halten. Hierzu sind auch die Teilnehmer unserer Zusammenkunft von Herrn Prof. Dr. Sommer eingeladen. Um 1/2 2 Uhr soll ein gemeinsames einfaches Mittagsessen abgehalten werden. Nachmittags 4 Uhr findet alsdann nochmals offizielle Sitzung mit Beschlußfassung über die unten angeregten Fragen statt.

Jeder Teilnehmer des Kurses und jeder an der Genealogie Interessierte wird hierdurch zur Teilnahme an diesen Versammlungen eingeladen.

Sollte die Besprechung weiterer Fragen erwünscht oder nötig sein, so bitten wir um freundliche Benachrichtigung hiervon.

Unser Bestreben geht schon längere Zeit dahin:

1. Mit Vertretern der medizinisch- und naturwissenschaftlich-genealogischen Forschung ein Einvernehmen über eine gemeinsame naturwissenschaftlich-genealogische Organisation zu finden, sei es auch nur um die gemeinsame Sammlung genealogischen Materials anzustellen und z. B. zu diesem Zwecke Formularien zusammenzustellen, welche die von den wissenschaftlichen Genealogen und von Seiten der Naturwissenschaft, also von beiden Richtungen aus allgemein wünschenswert erscheinenden Unterlagen vereinigen, aber gleichzeitig zur Ausfüllung seitens des gebildeten Publikums geeignet sind, um ein von einheitlichen Gesichtspunkten gesammeltes Stammtafel- und Ahnentafel-Material bezw. personengeschichtliche Unterlagen zu erhalten.

2. Die seit Jahren brennende Frage der gemeinsamen Aufstellung einer genealogischen Bibliographie seitens aller an der Genealogie interessierten Faktoren in Fluß zu bringen.

In beiden Fällen kann nur durch großzügige gemeinsame Arbeit das weitverzweigte Material zusammengetragen werden, und die Zentralstelle für deutsche Personen- und Familiengeschichte erachtet es für einen Teil ihrer Aufgaben, hierüber wenigstens eine Aussprache herbeizuführen, um die obigen Gedanken in Fluß zu bringen.

Eine Mitteilung über die Teilnahme an der oben angeregten Zusammenkunft wäre uns sehr erwünscht. In größter Hochachtung: Der geschäftsführende Ausschuß der Zentralstelle für deutsche Personen- und Familiengeschichte Dr. Breymann, Vorsitzender.

Alle Zusendungen sind zu richten an den Vorsitzenden: Rechtsanwalt Dr. Breymann, Leipzig, Neumarkt 29.

— **Kurs über Familienforschung und Vererbungslehre** in Gießen vom 3. bis 6. August 1908. Programm: Sonntag, 2. August, abends $8^1/_2$ Uhr, Begrüßung im Hotel Schütz, Bahnhofstraße. Montag, 3. August, früh 9 Uhr c. t., Beginn der Vorträge im Hörsaal der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, Frankfurterstraße 99.

Stundenplan: Montag, 9 bis 10 Uhr, Sommer: Die angeborene Anlage im Gebiet der Normalpsychologie; 10 bis 11 Uhr, Strahl: Der Bau der Geschlechtszellen; 11 bis 12 Uhr, v. Kekule: Die Darstellungsformen der Genealogie; 12 bis 1 Uhr, Dannemann: Die erbliche Veranlagung zu Geistesstörungen und Neurosen; 4 bis 5 Uhr, Martin: Die Entwicklung und die Züchtung von Tierarten, (im Falle der Behinderung Reservestunden); 5 bis 6 Uhr, Hansen: Über Variation, Vererbung und Artenbildung bei den Pflanzen. Dienstag: 9 bis 10 Uhr, Sommer: Die angeborene Anlage usw.; 10 bis 11 Uhr, Strahl: Befruchtung und erste Entwicklung; 11 bis 12 Uhr, v. Kekule: Die Darstellungsformen usw.; 12 bis 1 Uhr, Dannemann: Die erbliche Veranlagung usw.; 4 bis 5 Uhr, Martin: Die Entwicklung und Züchtung usw.; 5 bis 6 Uhr, Hansen: Über Variation usw. Mittwoch: 9 bis 10 Uhr, Sommer: Die angeborene Anlage usw.; 10 bis 11 Uhr, v. Kekule: Die Methode der genealogischen Forschung und Einführung in die genealogische Literatur; 12 bis 1 Uhr, Dannemann: Die erbliche Veranlagung usw.; 4 bis 5 Uhr, Dannemann: Die angeborene Anlage und ihre Bedeutung für die Kriminalität; 5 bis 6 Uhr Sommer: Degeneration. Donnerstag: 9 bis 10 Uhr, Dannemann: Erbliche Belastung und Prophylaxe; 10 bis 11 Uhr, Freie Aussprache; 11 bis 12 Uhr, Freie Aussprache; 12 bis 1 Uhr, Sommer: Regeneration und natürlicher Adel; 4 bis 5 Uhr, Besprechung über eine Organisation der naturwissenschaftlich-genealogischen Forschung.

An den Abenden finden nach Verabredung gesellige Zusammenkünfte statt.

Hotels: Großherzog und Prinz Carl: 7 M. per Tag für Wohnung und Verpflegung. — Victoria: 6 M. — Kuhne: 5 bis 5,50 M. — Schütz: 5 M. Prinz Heinrich: Zimmer mit Frühstück 2,50 M., Mittagessen 1,30 M.

Privatwohnungen zu etwa 2 M. per Tag inkl. Morgenkaffee werden gern besorgt.

Teilnehmerkarten zum Preise von 20 M. am Begrüßungsabend oder später in der Klinik.

Möglichst baldige bestimmte Zu- oder Absage erbeten. Prof. Dr. Sommer.

— **Sonnenstein.** Am 1. Juli feierte Herr Geheimer Rat Dr. Weber sein 25jähriges Jubiläum als Direktor der Königl. sächs. Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein. Zahlreiche Glückwünsche von auswärts, unter anderen außer von ehemaligen Ärzten der Anstalt auch ein solcher vom Deutschen Verein für Psychiatrie, waren dazu eingegangen. Am Vormittage fand in dem neuen Speisesaale der Anstalt eine Festfeier statt, bei der zunächst Herr Oberarzt Dr. Ackermann die Glückwünsche der Beamtenschaft übermittelte. Im Auftrage Sr. Exzellenz des Herrn Ministers Grafen Hohental und Bergen war für den beurlaubten Herrn Ministerialdirektor Herr Geheimrat Dr. Gelbhaar erschienen und überbrachte die Glückwünsche des Kgl. Ministeriums des Innern. Er würdigte dabei die großen Verdienste des Leiters der Anstalt um die Psychiatrie im allgemeinen und das sächsische Irrenwesen sowie die Anstalt Sonnenstein, der er bereits seit dem Jahre 1861 als Arzt angehört, insbesondere. Im Namen der Stadt Pirna beglückwünschte Herr Bürgermeister Schneider den Herrn Jubilar. Bei der am 2. Juli im neuen Festsaale der Anstalt anläßlich dieses Festes stattgefundenen Abendunterhaltung zeigte sich so recht deutlich, ein wie enges Band Herrn Geh. Rat Dr. Weber mit den Beamten einerseits und seinen Patienten andererseits verknüpfte. Die Veranstaltung, bei der ausschließlich Damen und Herren des Beamtenkreises mitwirkten, trug den Charakter eines großen Familienfestes, an dem sich außer den Kranken und Beamten der Anstalt die nächsten Familienangehörigen des Herrn Geh. Rates, ehemalige Ärzte und Gäste aus der Stadt Pirna beteiligten. In mannigfacher Weise wurde dabei dem verdienstvollen Herrn Jubilar gehuldigt und ihm die Liebe und Verehrung der Festteilnehmer entgegengebracht.

Personalnachrichten.

— **Hannover.** In dem Ärztepersonal der hannoverschen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten sind folgende Veränderungen vorgekommen:

1. Der Assistenzarzt Dr. med. Tintemann an der Heil- und Pflegeanstalt Göttingen ist zum Abteilungsarzt ernannt.

2. Als Assistenzarzt bei der Heil- und Pflegeanstalt für Geistesschwache zu Langenhagen ist Dr. med. Hellwig eingetreten.

3. Der Abteilungsarzt Griese an der Heil- und Pflegeanstalt Osnabrück ist aus dem Dienste der hiesigen Provinzial-Verwaltung ausgeschieden.

An seine Stelle ist der bisherige Abteilungsarzt an der Heil- und Pflegeanstalt zu Lüneburg, Dr. med. Wendenburg, getreten.

Druckfehlerberichtigung.

In dem Artikel Dr. Waldschmidts in Nr. 14 befinden sich zwei Druckfehler. Es muß heißen: S. 111, zweite Spalte, Zeile 4 von unten: 16358,25 (statt 10494,44), und S. 112, erste Spalte, Zeile 5 von oben: 2857 Deliriumsfälle (statt 2856).

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 18. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Infolge Uebernahme einer Kreisassistenzarztstelle durch den seitherigen Inhaber ist am hiesigen Landeshospital — Irrenanstalt für geisteskranke männliche Personen mit einer Belegungszahl von 875 Kranken — die Stelle eines

Abteilungsarztes

alsbald zu besetzen. Das Anfangsgehalt beträgt neben freier Familienwohnung jährlich 3000 M., steigend alle 3 Jahre um 300 M. bis zum Höchstgehalt von 4800 M. Mit der Stelle ist Pensionsberechtigung unter Anrechnung früherer Dienstjahre in der Psychiatrie verbunden.

Nur psychiatrisch vorgebildete Bewerber wollen ihre Gesuche einreichen an die Direktion

Landeshospital **Haina** (Bez. Cassel) den 18. Juli 1908.

An der Provinzialheilanstalt bei **Ueckermünde** ist die Stelle des

Assistenzarztes

sofort mit einem unverheirateten Arzte zu besetzen, der nicht vor dem 1. April 1907 approbiert ist. Die Stelle gewährt ein Baargehalt von 1800—3000 M., jährlich um 200 M. steigend, sowie freie Station I. Klasse im Werte von 700 M. Der Inhaber hat Aussicht, bei dienstlicher Bewährung nach 3 Jahren unter Anrechnung etwaiger früherer anderweitiger ärztlicher Tätigkeit (event. auch in der Privatpraxis) zum Oberarzt befördert zu werden, jedoch nicht vor 1. April 1910. Die Oberärzte erhalten in hiesiger Provinz ein Baargehalt von 3600 M., innerhalb 21 Jahren auf 7200 M. steigend, sowie Emolumente in Gestalt von freier Familienwohnung, Heizung, Beleuchtung und Garten im Werte von 780 M.

Meldungen sind unter Beifügung von Zeugnissen und Lebenslauf an den Direktor, Geheimen Sanitätsrat Dr. **Knecht**-Ueckermünde zu richten.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 18. 25. Juli 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zum Bau der Irrenanstalten.

Von Med.-Rat Direktor Dr. *Max Fischer*, Wiesloch.

Die Ausführungen „eines Anstaltsarztes" in Nr. 7 dieser Wochenschrift „Zum Bau der Irrenanstalten" wären es wert gewesen, daß der Verfasser mit seinem Namen hervorgetreten wäre. Sie ertragen die Öffentlichkeit sehr wohl; liegen sie doch eigentlich schon lange in der Luft. Nicht nur das; sie haben neuerdings, wenn auch in bescheidenen Grenzen, da und dort schon Gestalt angenommen.

Beinahe jede neue und neueste Anstalt weist an irgendeinem Punkte ihrer Plananlage einen oder einige etwas größere Krankenhauskomplexe auf, als es dem Bau-Charakter der reinen kolonialen Anstalt entspricht. Einmal ist es ein Lazaretthaus oder ein Haus für ruhige Kranke, dann wieder ein Haus für sogenannte Halbruhige, das eine größere Anzahl von Kranken beherbergt. Und zwar ist dieses Bestreben an den neuesten Anstalten im Zunehmen begriffen. Wir sehen da vor allem große Anlagen für Wachstationen in mehreren Unterabteilungen entstehen; wir sehen große Pavillons für 80, 100 und mehr Betten für chronische Pflegekranke oder für Bettbehandlungs-(Siechen-)Abteilungen. Selbst Altscherbitz hat für einen bestimmten Zweck hierzu gegriffen. An der neuen Berliner Anstalt in Buch ist in großen Pavillonanlagen sogar unserer Ansicht nach zu weit gegangen worden.

Die Reaktion gegen das reine Pavillonsystem darf niemals bis zur Aufgabe seines gesunden Prinzips führen.

Die Ausführungen des ungenannten Verfassers sind für mich aber auch insofern nichts Neues, als ich selbst die gleichen Ideen und zwar bis in die Einzelheiten der Begründung hinein schon seit mehreren Jahren verfechte; leider läßt die Inanspruchnahme durch den Neubau der eigenen Anstalt keine Zeit zur druckreifen Ausarbeitung. Bei Beratung eines neuen Anstaltsprojekts wurden von mir in einem motivierten Gutachten alle diese Gesichtspunkte dargelegt und detaillierte Vorschläge gemacht. Und schließlich habe ich beinahe bei jeder in Wiesloch erscheinenden auswärtigen Baukommission, sowie meinen Ärzten gegenüber, aber auch auswärtigen Kollegen, die als Besucher zu uns kamen, die nun von dem ungenannten Verfasser behandelte Materie in aller Ausführlichkeit entwickelt.

Der Hauptgrund, der mich zu dieser Auffassung führte, ist der: Wir stehen vor der Gefahr — Buch bei Berlin u. a. m. zeigen dies deutlich —, das richtige Pavillonsystem überhaupt zu verlieren.

Die Bestrebungen der die Anstalten bauenden Instanzen gehen dahin, die Gesamtbaukosten pro Bett soweit als irgend angängig zu reduzieren, da allmählich die Lasten für Neuerstellung von Landesirrenanstalten ins Ungemessene ansteigen. An sich ein gutes und richtiges Streben, das finanzpolitisch auch von uns Ärzten, soweit es mit den irrenärztlichen und allgemeinen hygienischen Forderungen überhaupt vereinbar ist, respektiert werden muß; sonst können wir zu unerwünschten Folgezuständen kommen.

Die Zersprengung der ganzen Anstaltsanlage unterschiedslos in kleine Häuser von 20 bis 30 Betten kann aber als unablässige irrenärztliche Forderung nicht erkannt werden. Es geht ganz gut auch anders. Überhaupt sollte man sich hüten, den Pavillonanstalten eine Monopolstellung auf richtige Anstaltsbehandlung zuzuerkennen. Die Anstalten älterer Bauweise, die in der Irrenfürsorge Vorbildliches leisten, könnten sich mit Recht dagegen verwahren.

Die Vorzüge des Pavillonsystems weiß andererseits niemand mehr zu preisen als ich. Wo genug Geld vorhanden ist, da baue man ruhig weiter nach dem reinen Pavillonstil mit den schmucken, kleinen Villen.

Häufig genug, wenn nicht regelmäßig, erfreuen sich jedoch die bauenden Instanzen nicht dieser günstigen Finanzlage. Es heißt sparen. Die Behörden sehen aber dann — von ihrem Standpunkt aus mit Recht — den einzigen Weg zu diesem Ziele darin, die Anzahl der Gebäude der Anstalt stark zu reduzieren, z. B. statt 30 kleiner nur 20 oder 15 Pavillons, aber desto größere, zu bauen und in ihnen in Summa die gleiche Krankenzahl unterzubringen wie dort. Eine solche Anstalt muß ceteris paribus billiger werden. Statt Pavillons von 20 bis 30 Kranken entstehen auf diese Weise Häuser von 40 bis 60 und mehr Betten und zwar — das ist die Gefahr — gleichmäßig und ohne Unterschied durch die ganze Anstalt durch. Statt der im ärztlichen Betrieb so unendlich einfachen und einheitlichen Villen haben wir dann Anstalten aus lauter großen komplizierten Krankenhausbauten. Das bedeutet für mich das Aufgeben und den Untergang des eigentlichen, guten und gesunden Prinzips des Pavillonsystems.

Ich trete daher mit voller Überzeugung für den Vorschlag ein, statt die ganze Anstalt dergestalt in größere Pavillons aufzulösen, nur einen Teil der Anlage zu verändern, indem man auf jeder Geschlechtseite zwei oder bei großen Anstalten auch vier größere bauliche Komplexe etwa bis zu 80 und selbst 120 Kranken, die die klinischen oder die Lazarettstationen, eventuell auch solche für chronische sogenannte halbruhige Pflegekranke umfassen, gründet, um dafür die ganze übrige Anstaltsanlage, etwa die Hälfte bis zwei Drittel, nach dem richtigen Pavillonstil mit kleinen Häusern von nicht über 35 Betten desto reiner durchzuführen. Bei geschickter Raumgruppierung und Einteilung in Unterabteilungen können auch die gedachten größeren Krankenhäuser im ärztlichen Betriebe durchaus brauchbar und einwandfrei gestaltet werden. Ob man dabei zu sogenannten Doppelpavillons oder zu kleineren Zentralanlagen greift, ist Sache des Bedarfs und der ärztlichen Disposition je nach Lage des Einzelfalles.

Detaillierte Vorschläge und Projekte zu entwickeln, muß ich mir an dieser Stelle leider versagen.

Vom irrenärztlichen Standpunkt aus ist ein solches Verfahren aber unbedingt zu rechtfertigen. Und es ist angesichts mancher entstehender Anstaltsprojekte hohe Zeit, sich dafür einzusetzen.

Um ein derartiges Bauprogramm, das gegenüber dem in unübertrefflichen Vorbildern vorhandenen reinen Pavillonsystem eine wesentliche Änderung aufweist, richtig auszuführen, gehört allerdings als unabweisliche Bedingung das eine, daß der Sachverständige, d. h. der Irrenarzt bei der Ausarbeitung von Anfang an das Hauptgewicht in allen Entscheidungen bis ins Einzelne der baulichen Anordnungen, der Grundrißdispositionen und der ganzen Raumgestaltung, der Krankenhaus- und wirtschaftlichen Einrichtungen hat.

Bei der Neuerstellung von wissenschaftlichen ärztlichen Instituten, von Kliniken und allgemeinen Krankenhäusern, großen und kleinen, gilt es als selbstverständlich, daß der Arzt als der Fachmann in maßgebender Weise von Anfang an mit dem Projekt befaßt wird, daß nach seinen Vorschlägen die Ausführung in die Wege geleitet und alle Einzelheiten mit ihm und durch ihn geregelt werden. Bei den Irrenanstalten, diesen großen und wichtigen Institutionen der Krankenpflege, ist dieses oberste und eigentlich selbstverständliche Prinzip für ihre richtige und gesunde Entwicklung noch lange nicht überall und vollständig zum Durchbruch gekommen.

Der naturgemäße Weg wäre doch der, daß entweder ein Irrenarzt, der seine Fähigkeiten für die Erbauung von Anstalten bereits erwiesen hat, die Anstalten eines Landes baut unter Beachtung aller im einzelnen Falle sich aufdrängenden besonderen Faktoren. Oder aber — noch besser — der spätere ärztliche Leiter einer jeden neuen Anstalt wird von vornherein vom Staate resp. dem betreffenden Provinzial- oder Kreisverbande mit der Aufgabe des Anstaltsbaus betraut, wirkt gleich von den ersten grundlegenden Beratungen an über Platz, Bauprogramm und insbesondere bei Normierung der Baukosten, mit denen alle ärztlichen Forderungen sich erfüllen lassen müssen, in maßgebender Weise mit und führt nun in engster Zusammenarbeit mit dem bauleitenden Architekten diese neue Krankenhausinstitution in Gesamtplan und Einzelausführung, in Grundrißgestaltung und bis ins Detail der Einrichtung durch. Selbstverständlich soll damit die Oberaufsicht des Staates, der Regierungsorgane oder der betreffenden Verbände über das ganze Unternehmen und insbesondere über seine finanziellen Grundlagen keineswegs angetastet werden.

Nur auf diese Weise intensiver ärztlicher Durcharbeitung des Ganzen würden wir es erreichen, daß statt der mehr oder weniger hervortretenden Uniformität die einzelnen Anstalten eine größere Abwechslung im Aufbau und Einrichtung aufweisen als jetzt und dadurch auch im Äußern wie im Innern, und zwar bis in den ärztlichen Betrieb hinein, ein mehr individuelles Gepräge erhalten. Gerade das aber müßten wir als einen großen Vorzug für unser Anstaltswesen betrachten.

Nicht übersehen darf werden, daß die Übertragung derartiger hoher Aufgaben dem ganzen irrenärztlichen Stand und der gesamten Irrenfürsorge einen neuen Impuls zur Fortentwicklung, zur Ausarbeitung neuer Ideen im Anstaltsbauwesen geben wird, während die entgegengesetzte Art des Vorgehens zu einer Stagnation auf diesem Gebiet, zu einer Herabdrückung der Berufsfreudigkeit zu führen droht. Erst bei Entfaltung der Kräfte im freien Schaffen kann ein Wettstreit der Ideen und ein Höherstreben sich durchsetzen.

Wir verstehen es zwar wohl, daß es auch für andere als den Arzt einen sehr großen Reiz haben muß, ihrerseits solche große Unternehmungen selbständig ins Leben zu rufen; leider wird dabei nur allzuleicht der Irrenarzt wie von selbst in die Nebenrolle gedrängt.

Wir sind es aber unserer Stellung als Irrenärzte, wir sind es auch unsern Kranken und dem ganzen Irrenfürsorgewesen gegenüber schuldig, darauf hinzuweisen, daß Krankenhausbauten der sachverständige Arzt als der berufene Fachmann in maßgebender Weise beeinflussen und ausbilden muß, weil nur er kraft seiner beruflichen Vorbildung und praktischen Kenntnisse alle für ein Krankenhaus und für die Förderung seiner Kranken notwendigen besonderen Bedingungen übersehen kann. Nur beim Vorwalten des ärztlichen Geistes auch beim Bau und in der Ausgestaltung der Irrenanstalten werden Institutionen entstehen, die der Kritik der Zukunft bis in die richtige Verwertung der aufgewendeten Mittel hinein standhalten.

Jedenfalls darf es hier offen ausgesprochen werden: Wo die Erstellung von Irrenanstalten mit Umgehung einer dominierenden Mitarbeit der Irrenärzte vorgenommen wird, da werden uns Aufgaben, auf die wir von Berufswegen ein Anrecht haben, ja die höchsten ärztlichen Aufgaben, die uns zukommen, die Schaffung von neuen Asylen für unsere Kranken, wider Fug und Recht entzogen.

Wir hoffen, daß darin alle Berufsgenossen mit uns einig gehen.

Material zu § 1569 B. G. B. (Nr. 23.)

In Sachen des Kellners Adolf P. aus Hannover, z. Zt. in der Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim, vertreten durch seinen Vormund, den Kleinhändler Karl J. in Hannover, Beklagten und Berufungsklägers, gegen die Ehefrau Margarethe P. geb. J. in Wilhelmshaven-Heppens, Klägerin und Berufungsbeklagte, wegen Ehescheidung, hat der I. Zivilsenat des Königlichen Oberlandesgerichts in Zelle auf die mündliche Verhandlung vom 5. März 1907 unter Mitwirkung der Oberlandesgerichtsräte V., B., R., Str. und des Amtsrichters v. d. W. für Recht erkannt:

Das am 22. November 1906 verkündete Urteil der VI. Zivilkammer des Königlichen Landgerichts in H. wird dahin abgeändert:

Die Klägerin wird mit der Klage abgewiesen und verurteilt, die gesamten Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

Tatbestand.

Gegen das vorbezeichnete Urteil hat der Beklagte Berufung eingelegt mit dem Antrage, unter Abänderung des angefochtenen Urteils die Klage abzuweisen.

Die Klägerin hat Zurückweisung der Berufung beantragt.

Die Parteien haben das angefochtene Urteil nebst den erstinstanzlichen Beweisverhandlungen vorgetragen und gemäß des Tatbestandes verhandelt. Auf diesen und die darin in bezug genommenen Urkunden und Aktenstücke wird verwiesen.

Entscheidungsgründe.

Die aus dem § 1569 B. G. B. hergeleitete Klage auf Scheidung der Ehe wegen Geisteskrankheit ist an sich begründet, aber nicht bewiesen. Der Vorderrichter hat sich dem Gutachten des Sachverständigen Dr. G. über das Vorliegen der Voraussetzungen dieser Bestimmung insoweit angeschlossen, als er feststellt, daß der Beklagte in Geisteskrankheit verfallen ist und daß diese Krankheit mindestens drei Jahre während der Ehe gedauert hat. Dieser Feststellung, welche die Berufung auch nicht angegriffen hat, ist zuzustimmen.

Bei Beurteilung der weiteren Frage, ob durch jene Krankheit auch die geistige Gemeinschaft unter den Ehegatten aufgehoben und eine Aussicht auf Wiederherstellung ausgeschlossen ist, weicht jedoch die Vorinstanz von dem Gutachten ab. Sie kommt auf Grund der tatsächlichen Angaben des Gutachters zu der Folgerung, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Parteien als aufgehoben gelten müsse und daß auch keine Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft vorhanden sei, während der Sachverständige zwar ebenfalls die Aussicht auf Besserung des

jetzigen Geisteszustandes des Beklagten verneint, dagegen die Meinung vertritt, daß die Geisteskrankheit des Beklagten bislang noch nicht einen solchen Grad erreicht habe, daß die geistige Gemeinschaft der Ehegatten dadurch aufgehoben sei.

Nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsgerichts (J. W. 1901, S. 297, 1902, Beil. S. 244, 1903, Beil. S. 28, 1905, S. 395) ist unter der geistigen Gemeinschaft der Ehegatten eine von dem Bewußtsein sittlicher Rechte und Pflichten getragene Gemeinschaft zu verstehen, bei der die Ehegatten zu gemeinsamem Fühlen und Denken befähigt sind. Das Reichsgericht fordert als Voraussetzungen der geistigen Gemeinschaft einmal das Bewußtsein der durch die Ehe auferlegten, auf dem Wesen der Ehe beruhenden Rechte und Pflichten und ferner auch die geistige Fähigkeit, die durch die Ehe auferlegten Pflichten zu erfüllen.

Betrachtet man unter diesem Gesichtspunkte das Verhalten des geisteskranken Beklagten, so kann nicht zugegeben werden, daß der Beweis für eine Aufhebung der geistigen Gemeinschaft geführt ist. So hat der Beklagte bei seiner Vernehmung durch den Gutachter eine Schilderung seines früheren Ehelebens entworfen und erwähnt, daß er mit seiner Frau immer glücklich gelebt, sich immer mit ihr vertragen und sie nie geschlagen habe. Er hat erzählt, daß er zwei Kinder habe, von denen das ältere, Hertha, sein Liebling gewesen sei. Er sei auch immer mit seiner Frau und den Kindern spazieren gegangen; zuweilen hätten sie auch das Theater besucht. Der Beklagte will auch, wie er angegeben hat, wieder für seine Frau sorgen, wenn er aus der Anstalt herauskommt. Er will solide und sparsam sein und meint, wenn er damals, d. h. in der Zeit vor seiner Erkrankung, eine Stelle gehabt hätte, wären sie nie auseinander gekommen. Er sagt, sie hätten sich aus Liebe geheiratet, sie sei seine erste Braut gewesen und er habe mehr Liebe zu ihr gehabt wie sie zu ihm. Der Beklagte erklärt, daß er auch noch jetzt Liebe zu ihr habe. Als sie vor zwei Jahren in der Anstalt gewesen sei, habe sie geweint; seitdem habe er sie nicht mehr gesehen und daher auch nicht mehr an sie geschrieben.

Bezüglich der Scheidung meint zwar der Beklagte, daß seine Frau selbst schuld sei, wenn sie sich scheiden lassen: wenn sie denke, sie werde allein fertig, dann bleibe er auch allein. Die Frage des Sachverständigen, ob ihn die Scheidung kränken würde, beantwortet er aber mit einem Kopfnicken und verneint auch die weitere Frage, ob ihm die Scheidung gleichgültig sei. Dann verläßt er jedoch lächelnd das Zimmer.

Bei solcher Sachlage läßt sich nicht verkennen, daß die Fähigkeit des Beklagten zu gemeinsamem Denken und Fühlen innerhalb der durch die Ehe bedingten geistigen Gemeinschaft abgeschwächt ist. Immerhin ist diese Minderung noch nicht so weit fortgeschritten, daß von einer völligen Unfähigkeit des Verständnisses für jene höhere Gemeinschaft gesprochen werden kann. Der Beklagte verrät durch die Schilderung seines früheren Familienlebens, daß er noch Interesse für seine Frau und Kinder hat, wenn es auch abgesehen von seiner Krankheit dadurch etwas zurückgedrängt ist, daß die Klägerin ihn seit zwei Jahren nicht mehr besucht hat. Er hat auch noch ein Bewußtsein für die ihm durch das Eheband auferlegten Pflichten, wenn er die Absicht äußert, daß er nach seiner Entlassung aus der Anstalt für seine Frau sorgen und durch Erwerb von Lebensunterhalt und Sparsamkeit eine nochmalige Trennung verhüten will. Er sagt sogar, daß er noch Liebe zu der Klägerin habe, und daß ihm eine Scheidung nicht gleichgültig sein, sondern ihn kränken würde.

Danach kann der von der Vorinstanz aus dem Verhalten des Beklagten gezogenen Folgerung, daß der Beklagte nur noch eine allgemeine Empfindung für das Vorhandensein des ehelichen Bandes habe, nicht zugestimmt werden. Ebensowenig ist ihre weitere Ausführung zu billigen, daß die geistige Gemeinschaft deshalb als aufgehoben gelten müsse, weil der Beklagte derart geisteskrank sei, daß er zeit seines Lebens in der Anstalt bleiben müsse und dort unter immer zunehmendem Verfall der geistigen und körperlichen Kräfte einem sicheren und baldigen Tode entgegengehe. Denn die Aufhebung der g e i s t i g e n Gemeinschaft wird nicht schon durch die Unmöglichkeit des k ö r p e r l i c h e n Zusammenlebens herbeigeführt, auch wenn letztere dauernd ist. Die Gründe, aus denen ein Geisteskranker lebenslänglich in der Anstalt verbleiben muß, beruhen zumeist darauf, daß er außerhalb seiner Familie nicht die angemessene Wartung und Pflege erhalten kann und daß er die Fähigkeit verloren hat, seine bürgerlichen Vermögensangelegenheiten zu besorgen, während damit ein Beweis für den Verlust des Verständnisses auch für die durch das eheliche Verhältnis auferlegten Pflichten noch nicht erbracht ist. Zwar scheint auch die Klägerin jene Auffassung zu teilen, da sie seit zwei Jahren mit dem Beklagten weder persönlich noch brieflich verkehrt hat. Unbeschadet der Wertung, welche die Anschauung und Empfindung des gesunden Ehegatten über die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft zu beanspruchen hat, ist jedoch im vorliegenden Falle ihre Auffassung als unzutreffend zu be-

zeichnen. Der Geisteszustand des Beklagten ermöglicht vielmehr eine geistige Gemeinschaft der Ehegatten insoweit, als die Klägerin durch Besuche und Briefwechsel den dem Beklagten noch verbliebenen Rest der Fähigkeit zu gemeinsamem Fühlen und Denken zur Betätigung veranlassen kann; zum mindesten kann das Gegenteil gegenüber dem Gutachten des Sachverständigen nicht als bewiesen angesehen werden.

Schließlich kann auch der weitere von der Vorinstanz dem Gutachten entnommene Umstand die Klage nicht stützen, daß nämlich die geistigen Fähigkeiten des Beklagten in steter Abnahme begriffen sind und in nicht zu ferner Zeit ihr völliger Verlust eintreten wird. Danach mag eine in späterer Zeit aus § 1569 B. G. B. hergeleitete Ehescheidungsklage vielleicht mehr Aussicht auf Erfolg haben. Der jetzigen Ehescheidung kann nur der gegenwärtig bestehende Geisteszustand des Beklagten zugrunde gelegt werden, der nach dem Dargelegten eine Feststellung der bereits eingetretenen Aufhebung der geistigen Gemeinschaft nicht zuläßt.

Danach war der Berufung stattzugeben und die auf Scheidung der Ehe gerichtete Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung rechtfertigen die §§ 91, 97 Z. P. O.

Aus der Universitätsfrauenklinik Zürich.

Beiträge zur Kenntnis der Hyperemesis gravidarum.

Von *E. Hermann Müller*.

(Fortsetzung.)

Dirmoser hält eine vom Magendarmkanal aus erfolgende Autointoxikation für die Ursache von Emesis und Hyperemesis gravidarum, gestützt 1. auf das klinische Bild, 2. den vermehrten Eiweißumsatz (Indoxyl, Skatoxyl, Ätherschwefelsäure, Azeton, Nierenelemente im Harn) und 3. auf die — allerdings seltenen — Sektionsbefunde: Nephritis, fettige oder parenchymatöse Degeneration von Leber und Milz. Nach Dirmoser erfolgt von den Sexual-Organen aus durch Reizung der Enden der Nervi vagi sympathici, bewirkt durch die von der Gravidität veranlaßte Kongestion, Anwachsen des Uterus, Irritation von Peritoneum und Ovarien, eine Veränderung in den normalen biochemischen Vorgängen, die sich namentlich am Verdauungstrakt geltend machen. Zunächst entsteht Atonie, dann Antiperistaltik, abnorme Gärung im Magen, Fäulnis der Eiweißkörper im Darme und Resorption der Toxine begünstigt durch die Trägheit des Darmes. Eine allfällig gleichzeitig bestehende Hysterie begünstigt durch den dauernden Reizzustand des ganzen Nervensystems die genannten pathologischen Vorgänge. Die Dirmosersche Anschauung läßt sich in den Satz konzentrieren: die Emesis gravidarum beginnt als Reflexneurose, ihre Entwicklung zur Hyperemesis zeigt die Erscheinungen der Autointoxikation.

Wir können die Lehre von Dirmoser nicht belegen; einige unserer Fälle, die auf den ersten Anblick sich hier anzureihen scheinen, dürften doch wohl anders aufgefaßt werden, nämlich als psychogener Natur. Im Verlaufe einer Hysterie können alle möglichen pathologischen Stoffe im Harn auftreten, vorausgesetzt, daß das Leiden Erbrechen oder Abstinenz veranlaßt.

Pat. Nr. 21, mit schwerer Hyperemesis in die Klinik gebracht, hörte mit dem Momente des Eintritts auf zu erbrechen. Weder das abgestorbene Kind, das später mazeriert ausgestoßen wurde, noch die frühere Nephritis führten zu Toxinspeicherung im Körper; der Urin blieb normal. Sie ist Neurotika.

Nr. 22, von jeher nervös (vergl. Menstrualbefund), bietet viele der von Dirmoser genannten Symptome, immerhin fehlt das so wichtige Aceton im Harn; auch die Kachexie spricht nicht eindeutig für Autointoxikation.

Nr. 27 betrifft eine Neurotika, bei der neben Erbrechen noch Ptyalismus bestand; Pat. ist ein Analogon zu Nr. 21, nur daß das Erbrechen hier erst am zweiten Tage des Aufenthaltes in der Klinik sistierte.

Fall Nr. 30 spricht noch am ehesten für Dirmosers Theorie; das Erbrechen hörte erst mit dem Abort auf. Das Zeugnis des Hausarztes macht uns aber vorsichtig, indem dieser das Leiden für psychogen hält und berichtet, parallel seiner Entwicklung habe sich eine ständig zunehmende gemütliche Depression bemerkbar gemacht. Wir wollen hier nur die Frage aufwerfen, ob nicht eventuell der ganze Symptomenkomplex der erste Schub einer Psychose war; Herzer hat ähnliches gesehen und wir selbst waren in der Lage, eine — später zu referierende — Beobachtung zu machen.

Es sei erwähnt, daß Brauer den Begriff einer Graviditätstoxonose des Zentralnervensystems aufstellte; seine Anschauungen berühren sich oft mit den von Veit entwickelten.

Horwitz macht in erster Linie das Peritoneum für die Entstehung der Hyperemesis verantwortlich, in zweiter Linie parenchymatöse Entzündungen des Uterus, zumal wenn sie Fundus und Kollum betreffen.

Am extremsten tritt Tuszkai für die peritoneale Ätiologie des Erbrechens ein; nach ihm können alle anderen Ätiologien höchstens für Hyperemesis in graviditate, nicht aber für Hyperemesis gravidarum angesprochen werden. Tuszkai charakterisiert seine Hyperemesis folgendermaßen: nach Ausschluß aller anderen Ätiologien und Bestehen lokaler oder pelveoperitonitischer Erscheinungen sind charakteristisch: rasche Abnahme des Körpergewichts, der Urinmenge, der Chloride im Urin und Blut, der Blutalkaleszenz und der Pulszahl, Erscheinen von Albumen und Nierenelementen, normo- und mononukleären Megaloblasten im Blute, endlich rasches Sinken der Morgentemperatur mit einer eventuellen subfebrilen oder febrilen, aber nur relativ hohen Abendtemperatur.

Wir bestreiten das Vorkommen solcher Fälle nicht, aber die Züricher Klinik hat in zwanzig Jahren nichts derartiges erlebt. Es wäre interessant zu wissen, weshalb bei Extrauteringravidität, wo doch das Peritoneum kolossal gezerrt wird, so selten Hyperemesis auftritt. — Auch Lomer, v. Uhle, Arthur Müller glauben durch Beheben perimetritischer Adhäsionen das Erbrechen kupieren zu können.

Tuszkai meint, daß ein bestehendes Magendarmleiden die Hyperemesis befördern könne. Auch sonst findet man in der Literatur ähnliches, z. B. Franke, der eine gutartige Pylorusstenose verantwortlich macht. In unserem Falle Nr. 14 wurde die Diagnose, zumal in der ersten Gravidität häufiges Erbrechen bestanden hatte, auf Hyperemesis gestellt; die Sektion zeigte, daß die 27jährige Frau an einem Carcinoma ventriculi litt. Der Ausgang ist kaum allein dem Tumor zuzuschreiben, es fanden sich keine Metastasen, sondern es wirkte wohl die Gravidität, das übermäßige Erbrechen, zu welchem die Frau nach der Anamnese disponiert war, sowie die schlechten sozialen Verhältnisse (Unterernährung) mit.

Erismann hat auf Grund des Materials der Fehlingschen Klinik die Anämie als Ursache der Hyperemesis bezeichnet. Wir müssen diese Ansicht ablehnen, weder bieten uns die eigenen Fälle noch ausgedehnte Literaturstudien hierfür Beläge, wir glauben mit guten Gründen die Anämie als sekundäre Erscheinung auffassen zu dürfen. Außerdem müßten stets hämatologische Befunde vorliegen und diese Forderung erfüllt auch Erismann nicht durchweg. Es ist auch nötig daran zu erinnern, daß die Anämie auf dem Boden einer allgemeinen Konstitutionsanomalie gewachsen sein kann, wie vielleicht auch gewisse nervöse usw. Zustände.

Diejenige Theorie, für welche die Mehrheit der Autoren eintritt, macht seit Kaltenbach das Zentralnervensystem für das Leiden verantwortlich. Die Literatur zeigt eine Menge von Widersprüchen in der Auffassung der Beziehungen zwischen den nervösen Zentralapparaten und dem Genitale; noch in den letzten Jahren rekurrierten verschiedene Autoren auf die sonst ganz aufgegebene Reflexneurose. Einige Zitate mögen diesen Abschnitt einleiten:

Möbius: „Die törichte Meinung, daß der Uterus etwas mit Hysterie zu tun habe, wie der Name ausdrückt, wird jetzt hoffentlich von niemandem mehr gehegt."

Löwenfeld: „. . . daß bei dem jetzigen Stande der Wissenschaft ganz zuverlässige Kriterien für die reflektorische Abhängigkeit irgendwelcher hysterischer Symptome von Leiden der Sexualorgane bei Frauen nicht bekannt sind."

Theilhaber: „. . . daß vor allem das Wort Reflexneurose in allzu freigebiger Weise gebraucht wird, daß vieles auf ungezwungene Art sich erklären läßt, was man bisher mit der sogenannten Reflexneurose zu erklären versuchte; ist es doch zum mindesten sehr zweifelhaft, ob überhaupt Reflexneurosen wirklich existieren."

Das periphere, das sympathische und das zentrale Nervensystem sind mit der Hyperemesis in Zusammenhang gebracht worden.

Physiologie und Pathologie des Sympathikus sind uns noch so dunkel, daß wir uns mit den wenigen Autoren, welche zwischen ihm und der Hyperemesis Beziehungen konstruierten, nicht in Diskussionen einlassen wollen; vorläufig fehlt uns das Organ für die Sympathikusseele.

v. Hößlin hat bei der Darstellung der Schwangerschaftslähmungen der Mütter mit Möbius und Eulenburg die Hyperemesis nicht selten in der Anamnese hysterischer, polyneuritischer, neuritischer, osteomalazischer und polymyositischer Lähmung gefunden; er nimmt an, ebenso Oppenheim in der neuesten Auflage seines Lehrbuchs der Nervenkrankheiten, daß die nämliche Ursache beides bewirke, und zwar werden toxische Stoffe verantwortlich gemacht.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Bericht** über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** zu Berlin am 24. und 25. April 1908. (Fortsetzung.)

Diskussion über die bisherigen Vorträge:

Referat I: Pappenheim - Heidelberg.

Herr Pappenheim erörtert die Auffassung der Heidelberger psychiatrischen Klinik. Dort ausgeführte katanamnestische Untersuchungen zeigten, daß eine nicht unerhebliche Zahl von Kranken, bei denen vor vielen Jahren die Diagnose Dementia praecox gestellt wurde, vollständig gesund wurden. Der in einem Teile der Fälle von einzelnen Nachuntersuchern konstatierte leichte Defekt konnte durch genaueres Studium in schon vor der Psychose vorhandene, psychopathische, degenerative Züge aufgeklärt werden.

Derartige Fälle müssen von der Dementia praecox abgetrennt werden nicht wegen des Ausgangs, da ja die Möglichkeit einer Heilung der Dementia praecox zugegeben werden muß, vielmehr deshalb, weil man meist schon während des Bestehens der Psychose durch sorgfältige Berücksichtigung gewisser Gesichtspunkte wie: Vorgeschichte, Beginn, gewisse Züge des Zustandsbildes, erkennen kann, daß es sich um eine heilbare Psychose handelt. Es gelingt sogar, aus den vor Jahren in der Klinik geführten Krankengeschichten nach diesen Gesichtspunkten die Fälle auszuscheiden, in denen die Diagnose Dementia praecox irrtümlich gestellt wurde. Die in Frage stehenden Fälle kann man, wie es scheint, in drei Gruppen einteilen. Einmal handelt es sich um degenerierte Zustände, die den Ganserschen mehr oder minder ähneln, und die man wohl zu den hysterischen Psychosen rechnen kann. Zweitens sind es Zustände, die im Anschluß an ein großes seelisches Erlebnis akut zum Ausbruch kommen, und die vielleicht zum Teile zum manisch-depressiven Irresein gehören, zum Teil aber sich nirgends recht einreihen lassen. Schließlich sind es Fälle, auf die Willmanns bereits hingewiesen hat — katatonische Zustandsbilder nämlich, denen zyklothymische Schwankungen vorausgingen, und die immer zur Genesung führen, die man auch berechtigt ist, als eigenartige Zustände des manisch-depressiven Irreseins zu bezeichnen.

Gemeinsam ist diesen Zuständen der akute Beginn im Gegensatz zur Dementia praecox, bei der, wie es scheint, der allmähliche, schleichende Beginn vorwiegt. In einem Teil der Fälle wird ein akuter Beginn dadurch vorgetäuscht, daß die ersten Zeichen der Erkrankung übersehen werden und nicht zu unserer Kenntnis gelangen. Nur ein geringer Bruchteil der Fälle von Dementia praecox mag akut einsetzen. Jedenfalls erscheint bei akut beginnenden Psychosen die größte Vorsicht quoad Diagnose Dementia praecox. Die meisten akut einsetzenden Psychosen sind heilbar. Die Dementia praecox dagegen, die meist schleichend beginnt, führt — mitunter allerdings nach Remissionen, die einer Heilung ganz gleich sehen können — schließlich fast stets zur Verblödung.

(Diskussion zu Referat I und Vortrag 1 bis 3.)
Herr Kreuser - Winnental.

Ein großer Teil der Einwendungen gegen die Kraepelinsche Dementia praecox dürfte hinfällig werden mit dem Schwinden des Krankheitsnamens. Ob freilich die Schizophrenie sich mehr Anerkennung erringen wird, kann dahingestellt bleiben. Der Name hat jedenfalls den Vorteil, daß er nicht so leicht ins Deutsche übersetzt werden kann von jedem, der einmal eine Lateinschule besucht hat. Damit schwindet die weite Verbreitung der üblen prognostischen Bedeutung der gestellten Diagnose. — Darüber, daß ein Krankheitskern existiert, der der Kahlbaumschen Katatonie, späteren Kraepelin-Aschaffenburgschen Dementia praecox entspricht, ist ja heute kaum mehr ein Zweifel. Unsicher ist nur noch, welche wesentlichen Momente das Krankheitsbild zusammenhalten, welche sie von anderen Formen zuverlässig unterscheiden. Daß es die Demenz nicht ist, weder die intellektuelle noch die gemütliche, ist schon hervorgehoben. Eine wesentliche Förderung bringt wohl die Unterscheidung von primären und sekundären Störungen. Sie deckt sich vielleicht mit der alten Unterscheidung von Reiz- und Ausfallssymptomen. Sind die letzteren prognostisch von entscheidender Bedeutung, so sind die Reizerscheinungen entscheidend für die Differentialdiagnose. Sie richtig zu erkennen in ihren Beziehungen zur Veranlagung und zur ganzen Ätiologie muß unsere Hauptaufgabe sein, wobei es außerordentlich wichtig ist, sie auseinander zu halten von dem, was nur zeitweilig darniederliegt und was endgültig als verloren gegangen betrachtet werden muß.

(Fortsetzung folgt.)

— **Baden.** Mit dem Bau der Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz soll in der nächsten Budgetperiode begonnen und es soll der Bau dann so gefördert werden, daß die Anstalt im Spätjahr 1913 mit rund 500 Krankenplätzen in Betrieb genommen werden kann. Auf die Einhaltung dieses Zeitpunktes für die Eröffnung der neuen Anstalt ist ganz besonderer Wert zu legen, da nach den bisherigen Erfahrungen auf eine Minderung des jährlichen Zugangs von anstaltsbedürftigen Geisteskranken vorerst nicht zu rechnen ist und deshalb bis dahin die bestehenden Anstalten einschließlich der in der laufenden Budgetperiode in Wiesloch zu erbauenden zwölf neuen Krankenhäuser wieder an der Grenze ihrer Aufnahmefähigkeit angelangt sein werden. Um die rechtzeitige Fertigstellung der für die Betriebseröffnung erforderlichen Gebäude für alle Fälle zu sichern, soll mit den Hochbauarbeiten im Frühjahr 1910 begonnen werden. Bis dahin soll die Zufahrtsstraße zu den Bauplätzen fertiggestellt und eine provisorische Wasserversorgung des Baugebiets eingerichtet sein; diese Arbeiten müssen deshalb schon im Jahre 1909 in Angriff genommen werden.

Für die Straßenherstellung im Anschlag von 78000 M. und für die provisorische Wasserversorgung

im Anschlag von 16600 M. wird deshalb von der Regierung im Nachtrag zum Budget 1908/09 nunmehr eine Summe von 94600 M. bei den Landständen angefordert.

— **Der Entwurf des badischen Irrengesetzes** hat den Oberrheinischen Ärztetag in seiner Freiburger Sitzung vom 2. Juli beschäftigt. Bei aller Anerkennung einzelner Fortschritte, die das Gesetz mit sich bringen würde, waren die zahlreichen anwesenden Ärzte einhellig der Ansicht, daß einzelne Bestimmungen den allergrößten Bedenken begegnen müssen. Dahin gehört in erster Linie die in dem Entwurf vorgesehene vollkommene Ausschließung der praktischen Ärzte aus dem Aufnahmeverfahren und die Bestimmung, daß nur das Zeugnis eines beamteten Arztes die gesetzlichen Voraussetzungen zu der Internierung eines Geisteskranken gegen seinen Willen abgeben soll. Es ist selbstverständlich, daß eine solche Bestimmung, die z. B. die Angehörigen eines Kranken zwingen würde, einen ihnen vielleicht gänzlich unbekannten Arzt zuzuziehen, einen schweren und sachlich außerdem gänzlich überflüssigen Eingriff in die persönliche Entschließungsfreiheit der Familien bedeutet. Besonderes Befremden erweckt begreiflicherweise in der Ärzteschaft die dem Gesetz beigegebene Begründung, die den Ausschluß des natürlichen Beraters der Familie, des Hausarztes, aus dem Aufnahmeverfahren damit rechtfertigt, daß die Mitwirkung des Bezirksarztes eine ungleich sicherere Grundlage abgeben würde, als das Zeugnis eines nichtbeamteten Arztes. Die Stimmung der Versammlung hat ihren Ausdruck in einer einmütig gefaßten Erklärung folgenden Wortlautes gefunden:

> Der Oberrheinische Ärztetag bedauert die im Entwurf eines Irrengesetzes geplante Ausschließung der praktischen Ärzte aus dem Aufnahmeverfahren für Geisteskranke als eine für die Interessen der Kranken verhängnisvolle Maßregel und protestiert energisch gegen die in der Begründung gegebene unzutreffende und ungerechte Motivierung dieser Absicht.

Die Erklärung wird den Ministerien und den Kammern zugestellt werden und voraussichtlich nur die erste einer Reihe weiterer ähnlicher Kundgebungen im Lande darstellen. (Straßburger Post. 9. 7. 08.)

— **Schleswig.** Mit Rücksicht auf die stark wachsende Krankenzahl ist vom Provinzial-Landtag ein sechster Arzt mit 3000 bis 5000 M. Gehalt, Dienstwohnung und Garten usw. bewilligt; dafür kommt die dritte Hilfsarztstelle in Wegfall. Der fünfte und sechste Arzt haben die Bezeichnung Oberarzt erhalten.

— **Schwere Selbstbeschädigung eines Epileptikers.** Sich selbst die Beine abgebrochen hat im Gerichtsgefängnis zu Hannover der Arbeiter Josef Erdmann, der wegen Diebstahls eingeliefert worden war und wegen epileptischer Tobsuchtsanfälle in die Zwangsjacke gesteckt werden mußte. Er hat sich die Beine nicht beim Toben und Schlagen abgehauen, sondern sie mit den Händen und Armen an mehreren Stellen gebrochen. Nach dem Ausspruch eines Psychiaters muß er diese schreckliche Verstümmlung einer Wahnidee folgend vorgenommen haben. Die gebrochenen Gliedmaßen haben nach verschiedenen Seiten hin lose baumelnd gehangen. Merkwürdig dabei ist, daß Erdmann ohne jede Schmerzempfindung gewesen ist, da er trotz der schweren Verletzungen weiter tobte. Er wurde in die Irrenanstalt übergeführt. (Norddeutsche Allgem. Ztg. 4. 7. 08.)

— Die nächste Versammlung der Vereinigung **Mitteldeutscher Psychiater und Neurologen** findet am 25. Oktober d. Js. in Halle a. S. statt. Anmeldungen von Vorträgen bis spätestens 1. August an Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Anton, Halle a. S., Julius Kühnstr. 7.

— **Berlin.** Gemäß Beschluß der Deputation für städtische Irrenpflege soll an den städtischen Irrenanstalten je eine Assistenzärztin versuchsweise angestellt werden.

Personalnachrichten.

— **Schleswig.** Herr Dr. Weißenborn ist zum Oberarzt ernannt. Herr Dr. Scholz, bisher II. Hilfsarzt, ist zum I. Hilfsarzt ernannt.

— **Friedrichsberg.** Der Assistenzarzt Dr. med. Robert Winand Heinrich Wildenrath ist am 6. Juli d. Js. aus dem Dienste der hiesigen Anstalt getreten.

Dr. med. Friedrich Hellmuth Rautenberg ist mit dem 5. Juli d. Js. als Assistenzarzt der diess. Anstalt angestellt.

— **Göttingen.** Privatdozent Dr. Knapp wurde zum Direktor der Privatirrenanstalt Waldbröl (Rheinprovinz) ernannt.

— **Frankfurt a. M.** Dr. Kappers vom Senckenbergschen Neurologischen Institut wurde zum Vorstand des Zentralinstituts für Hirnforschung in Amsterdam ernannt. An seine Stelle tritt Dr. P. Röttig.

— **Kiel.** Dr. Wassermeyer, I. Assistent der psychiatrischen Klinik, habilitierte sich für Psychiatrie.

— **Münster i. W.** Dr. Többen, Strafanstaltsarzt, erhielt den Lehrauftrag für gerichtliche Psychiatrie an der Universität Münster.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 19. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der Provinzialheilanstalt bei **Ueckermünde** ist die Stelle des

Assistenzarztes

sofort mit einem unverheirateten Arzte zu besetzen, der nicht vor dem 1. April 1907 approbiert ist. Die Stelle gewährt ein Bargehalt von 1800—3000 M., jährlich um 200 M. steigend, sowie freie Station I. Klasse im Werte von 700 M. Der Inhaber hat Aussicht, bei dienstlicher Bewährung nach 3 Jahren unter Anrechnung etwaiger früherer anderweitiger ärztlicher Tätigkeit (event. auch in der Privatpraxis) zum Oberarzt befördert zu werden, jedoch nicht vor 1. April 1910. Die Oberärzte erhalten in hiesiger Provinz ein Bargehalt von 3600 M., innerhalb 21 Jahren auf 7200 M. steigend, sowie Emolumente in Gestalt von freier Familienwohnung, Heizung, Beleuchtung und Garten im Werte von 780 M.

Meldungen sind unter Beifügung von Zeugnissen und Lebenslauf an den Direktor, Geheimen Sanitätsrat Dr. **Knecht**-Ueckermünde zu richten.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 19. 1. August 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zum Pflegerunterricht.

Von Dr. *Kerris*, Galkhausen.

Wir streben nach einem ruhigen und friedlichen Betrieb in unseren Anstalten; ich halte es daher für sachdienlich zu besprechen, in welcher Weise im Pflegerunterricht (im Kurs und in Unterweisungen im Dienst) die Unruhe und die Tätlichkeiten der Kranken gegen andere oder gegen Sachen bekämpft werden.

Vor allem betont der Arzt den Pflegern, daß bei uns den Geisteskrankheiten ein ruhiger Verlauf zukommt, und die Geisteskranken gemäß der Natur der Geisteskrankheiten in freundlichem Milieu und freundlichem Umgang im allgemeinen weder zu irgendwelcher Tätlichkeit gegen andere noch zum Zerstören neigen, daß wir also mit unseren Kranken im allgemeinen friedlich auskommen können. Die Kehrseite der Medaille, der Kranke sich selbst überlassen, der Kranke in ungeeignetem Milieu, der Kranke in unfreundlichem Milieu, wird in die richtige Beleuchtung gerückt, selbstverständlich auch gezeigt. Daß die Anstalten das erkannte Ziel noch nicht erreicht hätten, fügt der Arzt hinzu, sei nicht Schuld der Ärzte; die Geisteskranken seien erst spät der Fürsorge und Behandlung der Ärzte übergeben worden; seitdem aber hätte ihre Behandlung einen stetigen Aufschwung genommen. Es wird betont, daß, da in den Anstalten noch viel Reizstoff aus vergangener Zeit aufgehäuft sei, sie trotzdem ihren Kranken gegenüber eine große Vorsicht und Achtsamkeit stets und ständig beobachten müßten, zumal es ja auch zu ihren Aufgaben gehöre, die Kranken voreinander zu schützen. Dann legt der Arzt Gewicht darauf, unter Berücksichtigung der verschiedensten Situationen, den Pflegern praktisch einzuüben, in welcher Weise sie, wenn sie in die Lage kämen, etwa bei drohender bezw. verübter Tätlichkeit der Kranken gegen andere Kranke oder gegen sie oder bei Versuch zu demolieren, zufassen zu müssen, mit dem Bewußtsein, daß ihnen und den anderen Kranken nichts geschehen könne, zuzufassen haben. Ein besonderes Gewicht legt der Arzt darauf, ihnen klar zu legen, daß sie kaum je in die Lage kommen werden, zufassen zu müssen, wenn sie den Kranken gegenüber sich in der richtigen Weise zu benehmen gelernt haben. Ferner beschränkt der Arzt sich nicht darauf, ihnen eine allgemeine Schilderung der hauptsächlichen Krankheitsbilder zu geben, sondern besonders unter Bezugnahme auf gegebenes Verhalten der Kranken wird im Unterricht und im Dienst ihnen auch verständlich und klar gemacht, worauf das Verhalten des einzelnen Kranken beruht, so daß sie nicht nur auf die Autorität des Arztes hin in den Einzelheiten im Benehmen Krankheitszeichen sehen, sondern vielmehr in den Stand gesetzt sind, die krankhafte Unterlage zu erkennen. Schließlich hält der Arzt es für wichtig, den Pfleger zu lehren, wie er sich dem einzelnen Kranken gegenüber zu benehmen hat, wann, wie und in welcher Weise er auf deren Äußerungen einzugehen hat.

Manchem mag es übertrieben erscheinen und eher geeignet, der guten Sache zu schaden, wenn man in extremer Weise betone, daß bei richtigem Umgang die Geisteskrankheiten ruhig verlaufen und die Geisteskranken im allgemeinen friedlich sind, aber einmal kann man von der erkannten Wahrheit sich nichts abhandeln lassen und andererseits spricht der Erfolg für die Zweckmäßigkeit, das Erkannte, selbst wenn es noch nicht rasch realisierbar ist, offen und prägnant hinzustellen. Gewiß wollte den Pflegern das, was ich sie lehrte, anfangs nicht in den Kopf; allmählich — ich lehre es sie seit Jahren — sahen sie unter und an dem Beispiel des Arztes immer mehr ein, daß er recht hatte, und sie sehen es gerne. Ich habe auch immer die Pfleger darauf hingewiesen, daß sie, wenn der Kranke sich ihnen gegenüber noch nicht so verhalte, wie ich es ihnen geschildert habe, nicht glauben dürften, es sei unrichtig, was ich ihnen gesagt habe, sondern sich darüber klar werden müßten,

es liege teils daran, daß wir Kranke hätten, welche aus früherer Zeit üble Gewohnheiten, welche mitunter erst langsam ablegbar wären, angenommen hätten, und andere durch ihr Beispiel noch zu gleichem Tun veranlaßten; es liege aber größtenteils daran, daß sie noch nicht so geschickt und freundlich gehandelt hätten, wie es nötig sei, ohne daß ihnen hieraus ein Vorwurf erwachse, wohl aber die Pflicht, es besser zu machen zu streben. Es könne ihnen auch passieren, daß ein Kranker, welcher vorher durch Umstände gereizt worden sei, gegen einen Pfleger heftig werde, ohne daß er es irgendwie versehen habe. Das dürfe ihn nicht irreführen, und er dürfe deshalb meine Lehren nicht für unrichtig halten. Die Pfleger zu der richtigen Erkenntnis zu führen, dazu gehört selbstverständlich der unermüdliche Vorantritt des Arztes und eine unermüdliche und stets freundlich belehrende Erziehung der Pfleger, und gerade an der Hand von Ungeschicklichkeiten und Karambolagen, welche die Pfleger wohl den guten Willen, aber noch nicht die Erfahrung und das Geschick sie zu vermeiden, hatten, läßt sich in ruhiger, freundlich belehrender Weise besprechen — der Arzt verlangt eben nicht vom Pfleger, was er trotz guten Willens noch nicht leisten kann —, worin sie es versehen hätten, und wie sie in Zukunft zu verfahren hätten, um für der Kranken Bestes und für ihre eigene Ruhe und ihre eigene Sicherheit derartige Ungeschicklichkeiten und Zusammenstöße zu vermeiden. Gerade das erhöht das lebendige Interesse am Unterricht und an den Unterweisungen, daß der Arzt den Pflegern ausdrücklich bedeutet, daß der Unterricht nicht nur zum Wohle der Kranken, sondern auch zu ihrem eigenen Wohle diene und auch in ihrem Interesse abgehalten werde. Das läßt sie auch die unermüdlichen Unterweisungen des Arztes auf den Abteilungen nicht als verdrießliche Koramierungen, als lauter Rügen und Tadel ansehen, sondern als aus der ärztlichen Fürsorge hervorgegangenes Bestreben, ihr und der Kranken Los zu verbessern. Der Hinweis, wie ihnen später einmal bei ihnen selbst, bei ihren Angehörigen die erworbenen Kenntnisse in der Pflege und Wartung bei Krankheiten zugute kommen könnten, läßt auch Pfleger, welche nicht vorhaben, dem Pflegerdienst sich dauernd zu widmen, eine rege Teilnahme am Unterricht entfalten; ebenso erhöht der Hinweis das Interesse, wie es das Ansehen der Pfleger hebt, wenn sie z. B. draußen bei Unglücksfällen die richtige erste Hilfe zu leisten wüßten.

Man sieht mit Freude, wie die Anregungen auf fruchtbaren Boden fallen, und erkennt wieder mit Freude, wie tief der Bildungsdrang und die Bildungsfreudigkeit im Menschen steckt, und wie groß die Bildungsfähigkeit ist; man sieht mit Freude, wie der Hinweis, daß der Arzt auf ihre Mitwirkung angewiesen sei, die Pfleger dienstfreudig und opferwillig macht. Allerdings macht der Arzt Pflegern, welche zu selbstgerecht sind und noch nicht so recht verstehen wollen, an der Hand von Vorkommnissen ruhig und freundlich, aber bestimmt aus seiner Überzeugung kein Hehl, daß, wenn sie so und so verführen, der Kranke so und so sein werde. Und wenn der Pfleger hieraus merkt, daß der Arzt nach seiner Kenntnis der in Betracht kommenden Personen (Pfleger und Kranker) sich nicht das Bild von einem Vorgang macht, wie der oder die Beteiligten in mehr oder weniger gutem Glauben ihn darstellen, sondern wie der Vorgang sich tatsächlich abgespielt hat, wenn er also sieht, daß der Arzt sich über das Maß der dem Kranken entgegengebrachten Freundlichkeit und Geschicklichkeit nicht täuschen läßt, gibt er sich Mühe und ist schließlich mit dem in Zukunft erreichten Erfolg ebenso zufrieden wie der Arzt. Den richtigen Ton und die ruhige Haltung im Umgang mit den Kranken, welche der Pfleger dem Arzt absehen lernt, lernt er so auch treffen. Daß der Arzt bei der Beurteilung gerecht bleibt, dafür sorgt, daß er bei Vorkommnissen in erster Linie an sich die Frage stellt, worin er es versehen habe, was er schon hätte noch mehr zur Vermeidung beitragen können. Daß der Arzt natürlich bei obstinaten Pflegern die Zügel scharf anzieht und ruhig die Tatsache konstatiert, daß sie nicht für den Dienst geeignet seien, falls sie nicht in seinem Sinne zu handeln verständen, brauche ich wohl nicht zu erwähnen. Älteren Pflegern pflegt es meist schwer zu werden, sich in der Beurteilung der Kranken umzudenken. Aber mit Geduld gelingt es dem Arzt doch, zumal wenn er sie auf die Wandlungen, welche sie selbst miterlebt haben, hinweist.

Daß unter richtigem Umgang die Geisteskranken im allgemeinen nicht zur Aktivität neigen, und daß die Unruhe von außen in die Geisteskrankheiten hineingetragen wird, ich bin überzeugt, wer unvoreingenommen seine Kranken beobachtet, wird dem zustimmen. Wohl können auch bei uns in ruhiger Behandlung und friedlichem Milieu dem Kranken aus seiner Erkrankung Beunruhigung, Reizbarkeit, gereizte, zornige, ängstliche Verstimmung, aber nicht Affekte, welche zur Unruhe und zur Tätlichkeit erstarken, erwachsen. Das lehrt die Erfahrung. Freilich können wir große Wirkungen auf kleine Ursachen erleben, denn reizbar sind die Kranken, je weniger zwar, je ruhiger und friedlicher die Umgebung und je freundlicher die Behandlung. So werden in unfreundlichem

oder die Kranken nicht verstehendem Milieu die Krankheitserscheinungen in die Höhe gesteigert. Selbst ohne daß durch Anreiz von Seiten der Umgebung oder durch Geräusche in der leblosen Natur die Krankheit verstärkt wird, kann auch eine jähe und äußerste Steigerung der Krankheitserscheinungen eintreten, wenn der Kranke, zumal bei Dunkelheit, sich allein überlassen bleibt. In diese Lage kommt der Kranke bei uns nicht mehr.

Ich greife einige Krankheitsbilder heraus.

Zunächst die Verwirrtheitszustände. Einen anderen Verlauf zeigt die Verwirrtheit bei uns in unfreundlichem Milieu, einen anderen im ruhigen Milieu unter freundlichem Umgang. Ich weise auf den milden und friedlichen Verlauf der meisten epileptischen Verwirrtheitszustände im ruhigen Milieu und unter freundlicher Behandlung hin. Auch die Minderzahl derselben, in welcher die Reizbarkeit sich mehr bemerkbar macht, läßt sich auf friedlicher Stufe halten. Freilich können innere Reize eine tiefe, aber darum noch keine starke Verwirrtheit verursachen, wie wir z. B. nach einer Serie von Krampfanfällen den Kranken ganz verwirrt antreffen können, aber der Verwirrte ist da erst recht zu gehemmt, als daß er zu einer Aktion gewillt und fähig wäre, solange eben nicht starke äußere Reize, z. B. Unfreundlichkeit der Umgebung, unfreundliches oder ungeschicktes Entgegentreten ihn aus dem traumartigen Zustand hinaufsteigern und einen die Hemmung durchbrechenden Affekt erzeugen. Verstimmung, Halluzinationen, Verwirrtheit, Desorientiertheit nehmen im unruhigen und im unfreundlichen Milieu zu. Unruhe, besonders unfreundliche Unruhe wird dem Verwirrten zu einer Quelle weiterer und stärkerer Beunruhigung; er faßt, was er hört bezw. sieht, entweder richtig auf, bezieht es nur unrichtiger Weise auf sich, oder mißversteht und mißdeutet es, oder aus ihm kommen ihm weitere und stärkere Halluzinationen und Wahnvorstellungen, oder es beeinflußt ihn nur der aus der Umgebung zu ihm dringende Stimmungston, wie er ihn auffaßt. Das Verkennen wird von dem Verhalten der Person, wie sie dem Verwirrten entgegentritt, beeinflußt; ich erinnere daran, daß in ruhigen und friedlichen Verhältnissen der verwirrte Epileptiker uns meist wiedererkennt; in den selteneren Fällen, in welchen er verwirrter ist, schwankt er zunächst, ist bei ängstlicher Verstimmung zunächst geneigt, z. B. den zu ihm tretenden Arzt im Sinne seiner Verstimmung zu verkennen; läßt dieser ihm aber Zeit, sein freundliches Gesicht (oder seinen freundlichen Ton) zu erfassen, so erkennt er nach einigem Schwanken ihn wieder, oder noch mehr verwirrt erkennt er ebenso wie der alkoholische Delirant ihn nicht, verkennt ihn aber im Sinne einer ihm freundlich gesinnten bekannten Person, erfährt eine Linderung und mitunter einen Umschwung in seiner Verstimmung. Oder aber der Verwirrte (z. B. Amentia, Katatonie) verkennt ihn beispielsweise im Sinne eines Schutzherrn, z. B. eines Kaisers oder einer übernatürlichen Person. Ist der Verwirrte so tief verwirrt oder so geistig geschwächt, daß er nur wenig auffassungsfähig ist, so kann er doch noch einen allgemeinen, freundlichen, beruhigenden Eindruck erhalten. Es kommt aber auch vor, daß die Verwirrtheit (z. B. bei Erschöpfung) so tief ist, daß der Verwirrte die Umgebung nicht erfaßt, und ebenso wird nicht immer das Verkennen des Kranken durch das Verhalten der Person, welche zu ihm tritt, bestimmt; läßt der Kranke (Amentia, Katatonie, paranoische Verwirrtheit z. B.) sich in seinem Verkennen nicht durch das Verhalten der Person bestimmen und verkennt er sie in ihm feindlichen Sinne, so bleibt er doch ruhig, wenn die Person ihrerseits ruhig und freundlich bleibt, bezw. ihn in Ruhe läßt. Der Verwirrte kann auch durch Berührung seiner Person beunruhigt werden, z. B. aus Desorientiertheit oder weil er sich an festes Angefaßtsein (z. B. beim Transport) erinnert und instinktiv fürchtet, ihm werde etwas geschehen, doch legt sich die Beunruhigung bei geschicktem Umgang.

Die höheren Grade der Manie. Der Maniakalische gibt sich im ruhigen Milieu mit gespannter Miene ruhig und passiv seinem Gedankendrang, dem Aufmerken auf die Vorgänge in seiner Umgebung, event. seinen Sinnestäuschungen hin, oder er bleibt in nicht zu unruhiger und nicht zu unfreundlicher Umgebung zwar noch ruhig, stößt mitunter ein abgebrochenes Wort aus, wälzt sich einmal im Bett herum, stößt ein Lachen aus, greift einmal nach der glänzenden Uhrkette des Arztes, läßt los, wenn der Arzt es nicht beachtet, läßt aber nicht los, reißt daran, wenn der Arzt seinem Griff eine ernste Absicht unterstellt und ihn zu schnell hindern will. Oder der frühere verworrene oder verwirrte Tobsüchtige ist ohne besondere Beachtung der Vorgänge in seiner Umgebung ruhig unter leisem Sprechen und Gestikulieren, ohne weiteren Bewegungsdrang in vorwiegend schauspielerischer Weise mit seinen inneren psychischen Vorgängen beschäftigt. Daß es sich tatsächlich bei diesen Fällen um höhere Grade der Manie handelt, tut unzweifelhaft dar, daß bei Auftreten von lebhafterer, zumal unfreundlicherer Unruhe in der Umgebung oder bei barschem und schroffem Entgegentreten die Manie mit Unruhe, lebhaftem Stimmungswechsel, Ideenflucht und lebhaftem Bewegungsdrang

reagiert, bezw. der Kranke wieder verworrener oder verwirrt wird. Als ein Beispiel für viele will ich dafür, daß der Kranke auch keineswegs daran denkt, jemandem etwas zu tun, hier anführen, daß ein derartiger Kranker, welcher gerade mit dem vor sich gesehenen Teufel zu tun hatte und anscheinend ganz verwirrt gegen ihn drohend gestikulierte, mich beim Herantreten als Teufel bezeichnete, mir mit Zähneknirschen und drohender Gebärde die Faust vor das Gesicht streckte, aber, als ich gerade etwas überlegend mit dem Kopfe unwillkürlich zurückwich — was dem Arzt nicht passieren soll —, sofort mit verwundertem, verlegenem, begütigendem Lächeln zu mir sagte: „Ich tue Ihnen doch nichts, Herr Doktor." Da konnte man wie so oft mit Freude konstatieren, wie bei freundlicher Behandlung unter der deckenden Hülle der Krankheit die Persönlichkeit in ihren liebenswürdigen Seiten hervorstrahlt. Der Kranke hatte sich nicht verletzt gefühlt, weil er wußte, daß ich sein Gebaren nicht überschätzte. Sonst verletzt und reizt es ihn aber, wenn man für ernst nimmt, ihm etwas unterstellt, was der Kranke gar nicht ernst gemeint hat, wenn man seine geistige Störung übertreibt. War übrigens unter freundlicher, verständnisvoller Behandlung bei dem gereizten, zornigen Zellentobsüchtigen der Affekt ein zur Tat drängender Affekt? War es nicht vielmehr nur ein prahlerischer, sich an seinen Worten berauschender und steigernder, aber in Worten sich erschöpfender Affekt? Und brach bei dem Zellentobsüchtigen nicht gerade die Unruhe stets wieder hervor, wenn es in seiner Nachbarschaft laut wurde oder die Pfleger zu ihm kamen? Oder dann, wenn er vergebens gegen die Zellentüre trommelte, weil er zum Klosett mußte und man ihm nicht aufmachte? Freilich konnte der Zellentobsüchtige gegen eintretende Personen bei deren Eintritt heftig werden, indem er ohne weiteres annahm, es komme wieder ein Drangsalierer, wenn er sich infolge von vorhergegangenen Reizungen durch die Pfleger, Reizungen, welche die Pfleger damals nicht immer vermeiden konnten, erbost hatte. Und war es nicht das zu feste Zufassen und unnötiges Zufassen, eine hiermit verbundene, damals noch nicht immer vermeidbare Balgerei, was den Kranken so sehr reizte und ihm immer wieder in die Erinnerung kam? Und lag die Vermehrung der Unruhe nicht oft an einer zu festen Einpackung, welche von dem Kranken als eine beengende Fessel empfunden wurde?

Bei den Maniakalischen sehen wir in friedlicher, ruhiger, selbst bei nicht zu unruhiger Umgebung und vor allem unter freundlicher Behandlung die Ablenkbarkeit, das gezwungene Aufmerken auf die Vorgänge in der Umgebung, die Überempfindlichkeit der Sinnesorgane, die psychische Hyperästhesie, den Bewegungsdrang zurücktreten. Nachts kann er ohne Schlafmittel und ohne vorhergegangenes Dauerbad eines anhaltenden Schlafes genießen. Im ruhigen und friedlichen Milieu erkennen wir, daß die maniakalische Phase oft und zwar schon von früh an von vorübergehender geistiger Erschöpfung und Hemmung begleitet wird; solange die Manie noch nicht abgelaufen ist, bleibt aber der maniakalische Symptomenkomplex durch äußere Reize zu lebhafter Äußerung erweckbar.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der Universitätsfrauenklinik Zürich.

Beiträge zur Kenntnis der Hyperemesis gravidarum.

Von *E. Hermann Müller.*

(Fortsetzung.)

Die Bezeichnung ist durchaus nicht klar. Ich sah kürzlich eine Neuritis puerperalis, in der Gravidität hatte keinerlei Erbrechen bestanden. Pat. Nr. 33 machte im ersten Puerperium eine Neuritis durch, in der zugehörigen Schwangerschaft hatte sie nicht erbrochen; in der bestehenden (3.) Gravidität trat nun rein psychisch bedingtes Erbrechen auf. Pat. neigt seit früher Kindheit sehr zu Erbrechen. Leider finden sich in der Literatur keine Mitteilungen über Schwere, Therapie usw. des Erbrechens, auf welches Neuritis folgte.

Auch im Verlauf von Generationspsychosen tritt mitunter Erbrechen auf, wo sich dann die Determination des Erbrechens sehr schön nachweisen läßt (siehe unten). Eine Patientin (Dementia paranoides) in Rheinau hatte Wahnideen auf ihren Mann, so daß er ihr als ein durchaus verabscheuungswürdiges, ekelhaftes Individuum erschien. Anläßlich des ersten Schubes der Psychose war sie gravid; erbrach sehr viel, was früher nie der Fall gewesen war. In der Anstalt bekam sie Wahnideen auf das Kind, mit dem sie damals schwanger ging; und wieder stellte sich Erbrechen ein. Der Zusammenhang ist klar; sie ist gravid, ihr ekelhafter Mann ist der Vater, das Kind ist auch ein Teil von ihm; der Abscheu vor dem

Vater wird auch auf das, was sie von ihm im Leibe trägt, übertragen. Genügt an sich extreme Abneigung, um Erbrechen zu veranlassen, um so mehr wenn noch sexuelle Vorstellungen dazu kommen, die durch das Hineinspielen einer ekelhaften Person doppelt widerlich werden.

Wir können also die Reflexneurose nicht anerkennen; nirgends in der Literatur haben wir eine klare Darstellung gefunden, nirgends den Nachweis des Reflexbogens; wir sind der Meinung, daß eine psychologische Betrachtung der Hyperemesis (übrigens auch anderer Beschwerden in der Gravidität und den Menses) manch wertvolles Resultat liefern würde: leider liegen noch nicht einmal die Vorarbeiten hierzu vor.

Mit Ausnahme der Fälle Nr. 4, 14, 34 halten wir alle anderen als durch irgendeinen psychischen Vorgang bedingt. Auffällig ist, wie rasch, manchmal plötzlich mit der Transferierung ins Krankenhaus das Erbrechen sistiert, resp. bei Abort.

Das Erbrechen tritt meist in den ersten sechs Wochen auf; steigert sich bald rascher bald langsamer. Fast alle haben noch irgendwelche weiteren Erscheinungen einheitlichen Ursprungs, die in allen möglichen Kombinationen auftreten: Allgemeine nervöse Reizbarkeit; Fluor; verspätet erstmals auftretende Menses bis zum 23. Jahr, event. im Anschluß an eine „Bauchfellentzündung", Migräne und Erbrechen zur Zeit der Periode; schon in der ersten Kindheit Neigung zum Erbrechen, chronisches Erbrechen seit Jahren; in früheren Graviditäten Ohnmachten und Erbrechen; von jeher Magen- und Darmbeschwerden (wegen Atonie Elektrotherapie); unerwünschte Gravidität; Verdruß und Ärger in Familie und Geschäft; Enuresis nocturna; Ovarie; Atemnot und Husten bei intaktem Herz und Lungenstatus; Globus; Neuralgien mit fehlenden Druckpunkten; Bewußtseinsstörungen; Abneigung gegen bestimmte Speisen (Fleisch); Schlaflosigkeit; bald guter, bald schlechter Appetit, Obstipation.

Das Erbrechen kann die Folge anatomischer oder funktioneller Störungen des Magendarmkanals sein; daneben kennen wir noch ein psychogenes Erbrechen, das, soviel wir bis jetzt wissen, gewöhnlich Ekel, Abscheu, Abneigung bedeutet. Dieses Erbrechen stellt eine abnorme Reaktion der Psyche dar auf Reize, die nicht immer vollbewußt zu sein brauchen, manchmal unterbewußt bleiben müssen, denn würden die Vorstellungen zur völligen Helligkeit durchdringen, so würden sie wie andere oberbewußte Vorstellungen verarbeitet und damit ihr Übergang in eine körperliche Reaktion verhindert. Dieser Vorgang: Überführung eines psychischen, stark affektbetonten Vorganges in eine somatische Erscheinung, wird als Konversion (Freud) bezeichnet: dieser Vorgang ist ein Charakteristikum der Hysterie. Das Erbrechen wäre danach ein Symptom der Hysterie. Mir will auch scheinen, als ob das Erbrechen der Schwangern überhaupt meist hysterischer Natur wäre. Diese Meinung faßt natürlich nicht alle Frauen als Hystericae auf; 40, nach andern 49% der Frauen erbrechen, also nicht einmal die Hälfte.

An dieser Stelle kann nicht unsere ganze Kasuistik ausführlich besprochen werden; es sollen einzelne Gruppen von Fällen ausführlicher behandelt werden, woraus unsere Meinung über die übrigen leicht abgeleitet werden kann.

Im Anschluß an Bleichsucht entwickelte sich bei unserer Pat. Nr. 7 ein Leiden, charakterisiert durch Verdauungsstörungen und Erbrechen; die hysterische Natur desselben wurde frühzeitig erkannt. Sie wurde nie psychisch behandelt, wurde in verschiedenen Spitälern erfolglos behandelt, auch eine von einem namhaften Chirurgen angelegte Jejunostomie blieb ohne dauernden Einfluß auf das Leiden. Sie kam mit inkomplettem Abort in die Klinik; nach dessen Ausräumung erfolgte glatte Heilung, das Erbrechen aber bestand weiter. Zwei Jahre später wurde sie wieder erfolglos behandelt; es kam nicht zum Abort. Von einer internen Abteilung wurde sie nach kürzester Zeit als unheilbar entlassen. Aus der Krankengeschichte ist für die Deutung des Erbrechens nichts eruierbar.

In Nr. 1 u. 27 leidet dieselbe Frau an Hyperemesis und Ptyalismus, was nach einigen Autoren eine schlimme Prognose ergibt. Wir können diese Erfahrung nicht belegen; im Falle 1 sistierte das Erbrechen sofort mit dem Eintritt in die Klinik, im Falle Nr. 27 nach zwei Tagen. Über Nr. 1 sind wir wenig orientiert, während Nr. 27 unzweifelhaft eine Hysterika ist und zwar möchten wir nicht nur das Erbrechen und die Ohnmachten in allen früheren Schwangerschaften, den jetzigen Ptyalismus als hysterisch bezeichnen, sondern auch die Bauchfellentzündung, deren Symptome durch sogenannte „eingebildete Schmerzen" recht oft vorgetäuscht werden (ich komme darauf weiter unten ausführlich zu sprechen). Weiter dient als Stütze dieser Auffassung die hochgradig gesteigerten Kniesehnenreflexe und der gesteigerte Fußklonus; es besteht auch Schwindel; sie ist eine psychisch alterierte, aufgeregte Frau (nach Arztbericht).

Bei Nr. 5 verbindet sich ein Morbus Basedowii mit Hysterie, die sich durch eine Ovarie äußerte; in der Klinik hörte das Erbrechen allmählich auf. Die

Therapie ist für Morbus Basedowii irrelevant, wir möchten auch das zur Stütze der hysterischen Ätiologie dieses Falles ansprechen.

Die 26jährige Jüdin von Nr. 33 leidet seit dem ersten Puerperium an einer Ankylose des linken Kniegelenks und der Gelenke der vierten Zehe des linken Fußes sowie an intermittierenden Gelenkschmerzen. Der Ankylosen und eines Herzfehlers wegen soll im Dezember 1905 Abort eingeleitet worden sein; sie fürchtet, ihre jetzige Schwangerschaft möchte zu einem unglücklichen Ende führen. Man soll ihr in Wien gesagt haben, dieser Anomalien wegen könne sie nicht mehr gebären. Trotz des Erbrechens, gegen welches alle Therapie erfolglos war, hat die Kranke ziemlich guten Appetit, klagt aber stets über schlechten Geschmack im Mund. Seit vier Wochen hat sie häufig Herzklopfen. Außer den Ankylosen ergibt der Status bis auf seit dem ersten Puerperium bestehende Nervosität und ziemlich viel schleimig-eitrigen Fluor keine Abnormitäten. Auch in der Klinik dauert das Erbrechen an. Die Patientin bekommt Sehnsucht nach ihrer Häuslichkeit und ihrem Kinde, damit — und unter gleichzeitiger Suggestion: die Ankylosen bedeuten keine Gefahr für die zu erwartende Geburt — sistiert das Erbrechen. Nach wenigen Tagen völliger Beruhigung und rascher Rekonvaleszenz verläßt sie geheilt das Krankenhaus.

Kaltenbach zitiert eine analoge Beobachtung Cazeaux', wo das unstillbare Erbrechen bei einer jungen Frau in dem Moment ganz plötzlich aufhörte, wo ihr Mann an einer Darmeinklemmung gefährlich erkrankte. (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1891.)

Pat. Nr. 31, eine hysterische Russin aus Baku, erbricht seit der fünften Graviditätswoche fast alles, ohne daß das Allgemeinbefinden leidet; sie kann sogar die weite und in der Revolutionszeit gefährliche Reise in die Schweiz machen zu nach ihrer Meinung zuverlässigen Ärzten. In der Tat sistiert das Erbrechen kurz nach dem Eintritt in die Klinik.

Schon bei Fall Nr. 33 wies ich darauf hin, daß seit früher Kindheit schon für den Abfluß psychischer Erregung ins Körperliche eine Bahn präformiert sein kann. Ein sechsjähriger Knabe meiner Beobachtung — ein exquisit aufgeregtes, äußerst leicht ablenkbares Kind — reagiert auf jeden Ärger, z. B. ein einfaches Verbot, mit Erbrechen und zwar schon seit dem dritten Jahre. Analog hierzu sind die Fälle Nr. 19 und 28; beide Male bestehen allerdings noch weitere Symptome, die den Gedanken, es handle sich um hysterische Frauen, nahelegen. (Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Bericht** über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** zu Berlin am 24. und 25. April 1908. (Fortsetzung.)

(Diskussion 3 zu Referat I.)

Herr Friedländer-Hohe Mark:

Aus einer Reihe von Fällen, die lange in meiner Anstalt und noch länger nach ihrer Entlassung verfolgt wurden, greife ich nur einen heraus: Ein junges Mädchen erkrankte nach einem langen Vorstadium der Depression, das vor ihrem Eintritt in meine Behandlung als Melancholie (Brautpsychose) gedeutet wurde, an typischer Katatonie. Alle ärztlichen Beobachter stellten gleich mir eine schlechte Prognose und rieten von der Verehelichung ab. Die Pat. machte alle Stadien durch, schwerste katatonische Anfälle brachten sie an den Rand des Grabes. Nach vielmonatlicher Behandlung in der geschlossenen Abteilung wurde die Pat. in die offene Abteilung verlegt; ein in die Anstalt eingetretener, der Kranken sympathischer (weil er in der schweren Krankheitsperiode nicht um sie gewesen war) neuer Assistenzarzt gewann das Vertrauen der Pat., es trat rasche Klärung in „Heilung" ein. Gegen den ärztlichen Rat vermählte sich die junge Dame; sie ist bis heute (zwei Jahre etwa) gesund geblieben.

Wir müssen nun unterscheiden — wie ich glaube — zwischen dem, was wissenschaftlich wertvoll, und praktisch und sozial — worin sich meine Ansicht völlig mit der von Räcke und Meyer deckt — wichtig ist. Die Frage, ob die Katatonie und Dementia praecox im Sinne Kraepelins unheilbar ist, wenn sie auch Remissionen zeigen kann, kann nicht nach zwei- und fünfjähriger Beobachtung, sondern nur nach jahrzehntelanger entschieden werden. Bis dahin aber sollen wir in der Prognose äußerst vorsichtig sein, denn die Angehörigen vergeben eher einen Irrtum, der ihnen vergönnte, an eine Besserung oder Heilung zu glauben, als das umgekehrte — und das mit Recht. So lange die absolute Exaktheit der Diagnose fehlt, ist bei der Stellung der Prognose größte Zurückhaltung am Platz.

(Diskussion Referat I.)

Herr Näcke. Vier Spezialpunkte wurden berührt. 1. Piles hat bei 49% der Dementia praecox in der Behandlung Paralyse gefunden, ich nie. Dieser Frage muß man nähertreten. 2. Bleuler behauptet, daß bei der Dementia praecox nie Aufhören der Verwandtenliebe usw. eintrat. Das glaube ich bestreiten zu müssen, um so mehr, als die Affektivität mehr leidet in den unheilbaren Fällen, als der Intellekt. 3. Das Material an Dementia praecox ist

von Anstalt zu Anstalt sicher sehr verschieden. So habe ich z. B. bei einer großen Erhebung nur ganz selten epileptoide Anfälle gesehen, ebenso die bekannte Schnauzbildung des Mundes. 4. Es gibt Fälle, wo Dementia praecox von manisch-depressivem Irresein kaum zu unterscheiden ist, wenn man nicht etwa in einem solchen Falle von periodischer Katatonie sprechen will. Ein solcher Fall wird skizziert.

Herr Kraepelin hat gehofft, daß aus dem Riesentopf der Dementia praecox einzelne Formen sich würden gewinnen lassen. Insbesondere gewisse einfache, chronisch-halluzinatorische Formen, die Fälle mit dauernder Sprachverwirrtheit, vielleicht auch die Spätkatatonien schienen ihm dafür geeignet. Wie weit auch gewisse konstitutionelle Zustände dem Gebiet der Dementia praecox angehören, wird weiterer Untersuchung bedürfen. Ob die Affektstörungen vom Kollegen Bleuler mit Recht als „sekundäre" aufgefaßt werden, ist ihm zweifelhaft. Daß die Dementia praecox grundsätzlich heilen kann, wird zuzugeben sein; über die Häufigkeit der praktischen oder wissenschaftlichen Heilung dürften kaum wesentliche Meinungsunterschiede bestehen. Katamnestische Erhebungen sind nur dann von Wert, wenn sie persönlich geschehen und sich über sehr lange Zeit erstrecken. Die Hauptschwierigkeit für die Gewinnung zuverlässiger Prognosen bilden aber die Fehldiagnosen. Vor allem wissen wir nicht, was eigentlich als „katatonisches Symptom" zu bezeichnen ist. Bei Hysterischen und Manisch-Depressiven kommen eine Reihe von Krankheitszeichen vor, die wir katatonisch nennen, ohne daß sie für die Dementia praecox bezeichnend wären. Als den Hauptwert der Aufstellung der Dementia praecox wird die durch sie angeregte Verbindung zwischen der Forschung in Klinik und Anstalt zu betrachten sein. Die hier liegenden Fragen können nur durch Zusammenarbeiten beider gelöst werden.

— **Das schwimmende Sanatorium.** Schon seit einiger Zeit verordnen die Nervenärzte mit großem Erfolg Vergnügungsreisen zur See als Mittel gegen Nervosität und Neurasthenie. Aber selbst auf den großen Vergnügungsdampfern unserer ersten Schiffahrtsgesellschaften sind Seereisen noch immer mit einem unvermeidbaren Maß von Lärm und Aufregung verbunden. Nicht jeder Nervenkranke ist reich genug, um sich eine eigene Dampfjacht zu halten. Diese Lücke soll eine Einrichtung ausfüllen, die eine Londoner Großreederei jetzt auszuführen beabsichtigt. Sie ist im Begriff, das Problem vollkommener Seekuren für Nervöse durch den Bau einer schwimmenden Kaltwasserheilanstalt zu lösen. Dieses Schiffsanatorium ist ausschließlich für die Bedürfnisse Nervöser berechnet, kein überflüssiger Lärm soll ihre Ruhe stören. Das schwimmende Sanatorium ist eine große Dampfjacht, deren Bau zwei Millionen Mark kostet. Sie ist nur für 220 Passagiere, die an Nervenkrankheiten leiden oder sich in einem Stadium der Rekonvaleszenz befinden, berechnet. Kranke mit ansteckenden Leiden sind natürlich ausgeschlossen. Jedes der vier Decks wird mit einem Fahrstuhl versehen sein. Auf dem schwimmenden Sanatorium finden sich genau wie in einer Anstalt zu Lande alle Arten von Bädern, Massageräume und ein Turnsaal. Ärzte und Wärter stehen den Patienten ständig zur Verfügung. Ein Theater und ein Konzertsaal sollen den nervösen Schiffspassagieren helfen, ihr Leiden zu vergessen. Das Schiff wird so gebaut, daß das sonst übliche Stampfen und Schaukeln soweit wie irgend möglich vermieden wird. Die Dampfjacht der Nervösen wird vor Abazzia auf dem Adriatischen Meere stationiert werden und soll hauptsächlich im Mittelmeer kreuzen. Sobald jedoch das Wetter droht, den gegen Witterungseinflüsse besonders empfindlichen Passagieren des schwimmenden Sanatoriums unangenehm zu werden, soll das Schiff im nächsten Hafen Zuflucht suchen. Die Kosten für diese ideale Kur zu Wasser sind nicht gerade niedrig. Sie sollen einschließlich der Verpflegung 40 Mark täglich betragen. Denjenigen, die noch tiefer in den Beutel greifen wollen, stehen besondere Luxuskabinen zur Verfügung. Im Zeitalter der Luftschiffahrt hat ein amerikanischer Arzt schon vor kurzem Ballonkuren verordnet. Sind die Bemühungen Zeppelins von Erfolg gekrönt, so dürfte auch ein fliegendes Sanatorium nicht lange auf sich warten lassen.

— **Musik als Irrenarzt.** („Telegramm unseres Korrespondenten.")*) London. In der unter Kontrolle des Metropolitan-Irrenamtes stehenden Anstalt Witham sind große Heilerfolge unter den 12- bis 51jährigen Geistesschwachen durch Musik erzielt worden. Aufgabe der Anstalt ist, die Insassen zur Fähigkeit zu erziehen, sich selbst im Leben durchzubringen. Verschiedene Berufe wurden mit geringem Erfolge versucht, schließlich wurde versucht, ein Blechmusikkorps zu bilden. Das Resultat war überraschend, nicht allein machten die bisher teilnahmlosen Patienten schnelle Fortschritte, es trat auch bei ihnen, nachdem ihr Interesse erregt war, eine zunehmende Heilung ihres Zustandes ein. Die jungen Musikanten sind anderen Patienten gegenüber in der geistigen Heilung gewaltig im Vorteil. Fälle von Knaben, deren Zustand hoffnungslos schien, haben bemerkenswerte Fortschritte gemacht, seitdem sie im Musikkorps mitspielen, und sie werden demnächst als geheilt entlassen werden. Das erzielte Resultat hat bereits zum Engagement des Dirigenten einer großen Militärkapelle an Stelle des nicht mehr zureichenden Hausmusikmeisters geführt. Berliner Tageblatt, 12. Juli 1908. (Schöner Unsinn!) Diese Nachricht ging allen Ernstes durch zahlreiche große Zeitungen.

— **Das Psycho-Neurologische Institut in Petersburg.** Am 16. Februar d. Js. fand in Petersburg die feierliche Eröffnung des Psycho-Neurologischen Institutes statt. Der Präsident des Instituts, Professor Dr. v. Bechterew, dessen rastloser Energie diese eigenartige und großartige Schöpfung ihre Entstehung hauptsächlich verdankt, entwickelte in glänzender Rede die hohen Aufgaben der neuen wissenschaftlichen Lehranstalt, die dazu berufen ist, die Kulturarbeit der Ärzte, Pädagogen und Juristen zu einem einheitlichen Ganzen zu vereinigen. Das Programm der Hochschule ist kurz folgendes: Haupt-

*) ! ! ! Red.

aufgabe ist die wissenschaftliche und allseitige Erforschung der allgemeinen und experimentellen Psychologie, der Psychiatrie, der Lehre vom Nervensystem im normalen und krankhaften Zustand, der Lehre von der Hypnose und Suggestion, der pädagogischen und sozialen Psychologie, der allgemeinen Soziologie, der kriminellen Anthropologie und Verbrecherpsychologie, sowie der philosophischen Wissenschaften, die mit der Psyche des Menschen in enger Berührung stehen. Die Fächer, die die Unterrichtsgegenstände des Instituts bilden, zerfallen in Grund- und in spezielle Fächer. Die Grundfächer werden in den ersten zwei Lehrjahren gelesen und sind für alle ordentlichen Hörer des Instituts obligatorisch. Zur Gruppe der Grundwissenschaften gehören folgende Gegenstände: Anatomie, Physiologie, Chemie, Physik, allgemeine Biologie mit der Lehre von der Vererbung, allgemeine Psychologie, vergleichende Psychologie, Einführung in die Philosophie, Logik, neueste Geschichte, Literaturgeschichte, allgemeine Soziologie und Mathematik; sodann Anatomie, Physiologie und Histologie des Nervensystems, Psychophysiologie der Sinnesorgane, Anthropologie, experimentelle Psychologie, Kulturgeschichte, Kunstgeschichte, politische Ökonomie, allgemeine Theorie des Rechts, allgemeine Theorie des Staates. Die Spezialfächer werden im dritten Lehrjahr gelesen und gliedern sich in vier Sektionen: eine psychologische, pädagogische, kriminelle und medizinische. In jeder Sektion wird das betreffende Gebiet in einer Reihe von Vorlesungszyklen detailliert behandelt.

— **Unzuverlässige Zeugenaussagen.** Juristen und Psychologen beschäftigen sich in neuerer Zeit viel mit der Unzuverlässigkeit von Zeugenaussagen und suchen sie experimentell nachzuweisen. Es ist aber noch von keinem auf einen in dieses Gebiet schlagenden Vorfall hingewiesen worden, der als klassisches Beispiel dienen kann. Als Sir Walter Raleigh im Tower saß und an seiner Weltgeschichte schrieb, hörte er plötzlich unten Lärm und sah, wie ein Mann einen andern, der ein Offizier zu sein schien, schlug und ihn dann mit seinem Schwert durchbohrte. Der Angegriffene stürzte, hatte aber noch soviel Kraft, den Angreifer über den Kopf zu schlagen, daß auch dieser hinsank. Am nächsten Tage erzählte Raleigh einem besuchenden Freunde diese Begebenheit. Der aber erwiderte: „Das ist ein Irrtum von dir, der Angegriffene war kein Offizier, sondern Kammerdiener eines Gesandten. Er schlug zuerst und durchbohrte seinen Gegner, dann wurde er von einem der Umstehenden niedergemacht!" „Aber ich habe ja den Vorfall mit angesehen," warf Raleigh ein. „Und ich saß auf jenem Stein, als das Ganze vorfiel, und erhielt, als ich dem Mörder das Schwert entriß, diese Schramme." Als Raleigh allein war, warf er den zweiten Band seiner Weltgeschichte ins Feuer: „Wenn ich nicht feststellen kann, was unter meinen Augen vorging, wie soll ich Dinge beschreiben, die 1000 Jahre zurückliegen?"

— Über eine **Schreckenstat** wird aus Chemnitz gemeldet: Der bei seinem Vater in Lichtenstein-Callnberg wohnende, aus der Landesanstalt Zschadraß entlassene 27 Jahre alte Weber Oeser sollte von dem Arzt Dr. Wagner in der Wohnung seines Vaters verbunden werden. Der Wahnsinnige ergriff einen Revolver und versuchte den Arzt zu erschießen. Als sein 70jähriger Vater dazwischen sprang, traf die Kugel diesen oberhalb des Herzens und verletzte ihn tödlich. Darauf entfloh der Wahnsinnige in den Wald, stürzte auf dem Rückwege in das Studierzimmer des Diakonus v. Pienbusch und schoß diesen nieder. Der Geistliche ist einige Stunden nachher verstorben. Der Wahnsinnige hat sich selbst der Polizei gestellt.

Referate.

— Alfr. Lichtenstein. Der Kriminalroman. Eine literarische und forensisch-medizinische Studie. München, Reinhardt. 1908. 61 S.

Der auf dem Gebiet der Kriminalromane außerordentlich belesene Verfasser schildert unter Heranziehung zahlreicher Beispiele gut das Werden und die Technik des „analytischen" Kriminalromans, wie ihn die moderne Leserwelt begehrt. Er betont mit Recht, daß die Schundliteratur auf dem Gebiet krimineller Publizistik in ihren grellen buntgedruckten Heften sich immer mehr zu einer Gefahr für die Volksseele entwickelt. Der bessere Kriminalroman biete ein Sicherheitsventil schon durch seinen Preis. Die Grenzen zwischen beiden Gruppen dürften indessen m. E. öfters schwer zu ziehen sein, besonders mit Rücksicht auf die psychische Nachwirkung. Auch der Empfehlung guter Kriminalromane als vorläufigen erziehlichen Lektüre für Geschworene kann nicht zugestimmt werden (p. 50). Der Anhang: „Sherlok Holmes zum Fall Hau" gehört trotz der hinüberleitenden Ausführungen des Verf. nicht recht zur Sache.

Mercklin.

— F. Tuczek, Gehirn und Gesittung. Marburg, Elwert. 1907.

T. behandelt in einer formvollendeten Rektoratsrede das Bedingtsein der Gesittung durch die Organisation und die ungestörte Tätigkeit des Großhirns, besonders durch die hemmenden Funktionen desselben. Ausblicke auf den Fortschritt der Gesittung durch richtige Hygiene des Nervensystems und auf die Möglichkeit einer allmählichen Fortbildung der Gehirnorganisation durch geistige Tätigkeit bilden den Schluß. Mercklin.

Personalnachrichten.

— **Haina.** Abteilungsarzt Dr. Klare beim Landeshospital zu Haina ist zum Kreisassistenzarzt in Saarbrücken ernannt worden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — **Schluss der Inseratenannahme** 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in **Halle a. S**
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 20. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh Med.-Rat, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien). Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H Schlöss**, Wien. Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der Provinzialheilanstalt bei **Ueckermünde** ist die Stelle des

Assistenzarztes

sofort mit einem unverheirateten Arzte zu besetzen, der nicht vor dem 1. April 1907 approbiert ist. Die Stelle gewährt ein Bargehalt von 1800—3000 M., jährlich um 200 M. steigend, sowie freie Station I. Klasse im Werte von 700 M. Der Inhaber hat Aussicht, bei dienstlicher Bewährung nach 3 Jahren unter Anrechnung etwaiger früherer anderweitiger ärztlicher Tätigkeit (event. auch in der Privatpraxis) zum Oberarzt befördert zu werden, jedoch nicht vor 1. April 1910. Die Oberärzte erhalten in hiesiger Provinz ein Bargehalt von 3600 M., innerhalb 21 Jahren auf 7200 M. steigend, sowie Emolumente in Gestalt von freier Familienwohnung, Heizung, Beleuchtung und Garten im Werte von 780 M.

Meldungen sind unter Beifügung von Zeugnissen und Lebenslauf an den Direktor, Geheimen Sanitätsrat Dr. **Knecht**-Ueckermünde zu richten.

Infolge Uebernahme einer Kreisassistenzarztstelle durch den seitherigen Inhaber ist am hiesigen Landeshospital — Irrenanstalt für geisteskranke männliche Personen mit einer Belegungszahl von 875 Kranken — die Stelle eines

Abteilungsarztes

alsbald zu besetzen. Das Anfangsgehalt beträgt neben freier Familienwohnung jährlich 3000 M., steigend alle 3 Jahre um 300 M. bis zum Höchstgehalt von 4800 M. Mit der Stelle ist Pensionsberechtigung unter Anrechnung früherer Dienstjahre in der Psychiatrie verbunden.

Nur psychiatrisch vorgebildete Bewerber wollen ihre Gesuche einreichen an die Direktion Landeshospital **Haina** (Bez. Cassel) den 18. Juli 1908.

„Friedheim" Zihlschlacht

Thurgau, Schweiz.

Comfortables Heim
(gegründet 1890)

für Nerven- u. Gemüts-kranke besserer Stände

inkl. **Alkoholiker** beiderlei Geschl.

Dr. F. Krayenbühl
Spezialarzt.

Hartglasplatten zur Verglasung von

Unruhigen- und Tobzellen,

sowie für **Beobachtungsfenster**

infolge ihrer **grossen Widerstandsfähigkeit**

unbedingt zuverlässig,

bei vielen Anstalten seit langen Jahren im Gebrauche, liefert **unter Garantie** billigst

Curt Zieger, Hartglasfabrik, **Dresden-A. 18.**

Spinnerei, Weberei und Strickerei

Zur Lust bei Hameln.

Wollene Schlafdecken, Steppdecken u. Trikotagen liefern billigst — auch an Private **Günther & Noltemeyer.**

Hammond-Schreibmaschine

(Neuestes Modell)

wenig gebraucht und vorzüglich functionierend ist preiswert zu verkaufen. Off. sub M. M. 1908 a. d. Exped. d. Bl. erbeten.

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Wir empfehlen angelegentlichst unsere unübertrefflichen

Holzwolle-Fabrikate zu Unterlagen für unreinliche Kranke.

Deutsche Holzwolle-Fabrik Loewenstein & Co.

Berlin, Greifswalderstraße 140.

Grundstück für Sanatorium

geeignet, ist im Zentrum eines vornehmen Vorortes Berlins unter günstigsten Bedingungen zu **verkaufen.** (Bestgeeignetes Gebäude mit grösserem Park.) — Der für gen. Zweck bisher in Anspruch genommene Flächeninhalt (600 □-Ruthen) kann erforderlichenfalls bis auf 2000 □-Ruthen erweitert werden (alles evtl. bestimmte Baustellen).

Evtl. wäre hier einem kapitalkräftigen Herrn vortreffliche Gelegenheit zur **Teilhaberschaft** gegeben.

Reflektanten wollen ihre Zuschriften gefl. unter Chiffre: **A. D. 100** an die Exped. dies. Bl. gelangen lassen.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 20. 8. August **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zum Pflegerunterricht.

Von Dr. *Kerris*, Galkhausen.

(Fortsetzung.)

Einige Worte über den Zustand der hochgradigsten Unruhe und Erregung, welchen wir kennen, über das Delirium acutum. Ein Beispiel: Es wird ein von akutem Delirium Befallener auf den Wachsaal für Unruhige gebracht; er verläßt beständig das Bett, schwätzt und schreit beständig in jäh wechselnder Stimmung und abgebrochen und ideenflüchtig darauf los, knüpft promptest an alle Vorgänge in der Umgebung an, sieht halluzinatorisch in seiner Nähe Feinde, widerstrebt gegen alles, zerreißt sein Hemd, ist in beständiger Bewegung; ich komme hinzu, höre dem Kranken ruhig und freundlich zu, spreche freundlich mit ihm, lasse ihm Zeit; der Kranke geht bald ins Bett, bleibt im Bett, schwätzt ideenflüchtig weiter. Durch seine Unruhe war die vorherige Ruhe, welche im „unruhigen Wachsaal" herrschte, einem bei mehreren Kranken hervorgebrochenen lauten Wesen gewichen, und diese Unruhe hatte wieder die Unruhe des Deliranten verstärkt; ich beruhige mit einigen freundlichen Worten diese, wende mich dem Deliranten wieder zu; dieser schwätzt noch weiter, aber sichtlich beruhigter; er schwätzt mit nicht erhobener Stimme, die Stimmung wird oberflächlich, der müdegereizte, larmoyante Unterton verliert sich, die Unruhe legt sich, die psychische Hyperästhesie tritt zurück, Ermüdung und Ruhebedürftigkeit treten in den Vordergrund. Die Ruhe im Wachsaal ist rasch wieder hergestellt. Erfreulich zu sehen ist, wie dankbar die andern Kranken das erfolgreiche Walten empfinden und anerkennen und wie günstig es ihre Stimmung beeinflußt. Es war mir sehr lehrreich, als anfangs der neunziger Jahre ein Deliranter — ein Schulfall von Delirium acutum —, welcher in größter Jaktation war, sich unaufhörlich um alle seine Körperachsen drehte und wälzte, beständig in ideenflüchtiger Weise schwätzte und schrie, „es sei alles tot, er sei tot, sei nie gewesen, habe nie gelebt, die Welt gehe unter, falle auf ihn, alles stürze zusammen, alles stehe in Flammen", auf einige freundliche Worte von mir mich mit leer-verwundertem Blick ansah und für einige Zeit still und ruhig dalag, dann wieder zu sprechen, anfangs leise, dann immer lauter und rascher, und sich zu bewegen begann, aber als ich wieder einige freundliche Worte zu ihm sprach — ich glaube, er erfaßte nur den Ton meiner Stimme, verstand meine Worte nicht und erkannte mich nicht —, wieder einige Zeit ruhig und still sich verhielt. Daß es bei dem Delirium acutum und der Manie noch nicht immer so bleibt, will ich ausdrücklich erwähnen, aber wir kommen ja immer weiter.

Die katatonischen Erregungszustände. Bei ruhiger, friedlicher Umgebung und freundlichem Verhalten unsererseits sehen wir die katatonischen Erregungszustände ruhig verlaufen. Absonderliche Haltungen und Stellungen des in motorischer Spannung verharrenden Kranken, stereotype, manirierte Bewegungen sieht man nur noch selten. Der Negativismus mildert sich. Hin und wieder hört man den Kranken verbigerieren, aber ohne oder mit kaum erhobener Stimme und nur vorübergehend. Drohende Stellungen nimmt er nicht mehr an. Abrupte Handlungen werden äußerst selten und eröffnen, da wir die Bedingungen kennen, sie zu verhindern, die begründete Aussicht, daß sie von der Bildfläche verschwinden werden. Die abrupten Handlungen geschehen bewußt oder unbewußt. Es kann sich z. B. um ärgerliche Verstimmung, Sinnestäuschungen (z. B. Hinwerfen des Essens durch Geruchstäuschungen) und Wahngedanken, kindliche Laune, das Bestreben, sich beachtet zu machen, die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen, handeln. Der Katatoniker wird oft durch das Beispiel anderer verleitet, indem er es triebartig nachmacht. Ob er nun motiviert handelt oder ihm das Motiv nicht bewußt wird, so erhalten jedenfalls ärger-

liche Verstimmung oder Impulse nicht die Kraft, ihn anzutreiben, und Impulse und Halluzinationen der Art, wie „Reiß die Gardine herunter", „Schlag eine Scheibe ein", treten in friedlichem Milieu nicht auf, oder zum mindesten treten sie nicht so zwingend auf, um befolgt zu werden. Mit dem Wegfall einer abrupten Handlung fallen immer mehrere fort.

Die Erregungszustände bei chronischer halluzinatorischer Paranoia. Welch erstaunliche Toleranz gegen ihre vermeintlichen Verfolger, welch erstaunlichen Mangel an Initiative, gegen sie vorzugehen, finden wir bei ihnen! Wie tritt im ruhigen, friedlichen Krankenhaus unter freundlicher Behandlung neben den Wahngedanken und Sinnestäuschungen der Kern der Persönlichkeit in ihren guten Eigenschaften zutage! Wie sehr attachieren sie sich an den Arzt und eine Person, welche sie zu behandeln versteht, und wie leicht wird es, mit entsprechenden Worten ihnen nachhaltige Beruhigung gegen ihre Beschwerden zu geben! Wie selten verweigern sie die Nahrung und essen trotz ihrer Vergiftungsideen, wenn sie die Anderen friedlich essen sehen! Und wie selten beschuldigen sie bei freundlichem Umgang den Arzt und die Pfleger, daß sie es seien, welche ihnen das Essen vergifteten. Wir sehen in freundlichem Milieu und Umgang die bewegende Kraft der Wahngedanken und Sinnestäuschungen zurücktreten.

Der Schwachsinnige, Epileptiker, Alkoholiker, Paralytiker, wenn sie aufgeregt werden, wie ruhig lassen sie sich in freundlicher Behandlung lenken.

In dem skizzierten Sinne werden die Pfleger nicht in gelehrter Weise, sondern in auf das Praktische zugeschnittenen Unterweisungen ausführlich belehrt.

Sind unsere Kranken auch im allgemeinen nicht gefährlich, so hat es doch die historische Entwickelung mit sich gebracht, daß die Pfleger bezw. andere Kranke sich noch bedrohlichen Situationen gegenüber befinden können, je mehreren und je ernstlicheren, je mehr üble Gewohnheiten einnisteten und je weniger ausgebildet die Pfleger sind. Da geben wir den Pflegern die Ausrüstung, mit welcher sie sich schwierigen Lagen gewachsen fühlen können. Für die Pfleger ist es ein bängliches, nervös machendes Gefühl, einen aufgeregten und drohenden Kranken vor sich zu sehen, von welchem er nicht weiß, was er mit ihm anfangen soll, und mit welchem er beim Zufassen leicht in eine noch gefährlichere Lage und schwere Balgerei, bei welcher beide Teile Verletzungen davontragen können, kommen kann, zu befürchten, wehrlos, hilflos Tätlichkeiten überliefert sein zu können, bis der Arzt kommt. Manch ordentlicher Pfleger verließ früher den Dienst, da er sich fürchtete oder sich nicht zutraute, in einer solchen Lage die nötige Selbstbeherrschung bewahren zu können. Die Pfleger bildeten sich zwar selber ihre Griffe aus, welche aber ihre Schattenseiten hatten und zu beanstanden waren und zu energisch exekutiert wurden. Die verschiedensten Situationen werden durchgesprochen und eingehend durchgenommen, bei welchen die Pfleger glauben können, einer ernstlichen Bedrohung ausgesetzt zu sein, und ihnen eingeprägt, wie sie sich in ihnen zu verhalten haben. Der Arzt zeigt ihnen einmal, in welcher Weise sie mit sicherem Erfolg, und zweitens, wann sie drohende Kranke anzufassen haben, und in welcher Weise sie sich ihnen gegenüber überhaupt zu verhalten haben. Er gibt hiermit den Pflegern das ihre Ruhe und Besonnenheit stärkende Bewußtsein, daß er sich ruhig, sicher, friedlich zu helfen weiß. Er macht sie besonders darauf aufmerksam, daß, wenn auch der Anschein dagegen zu sprechen scheint, die Bedrohungen unter richtigem Umgang kaum je ernst gemeint sind, und sie unter richtigem Umgang kaum je in die Lage kommen werden, zufassen zu müssen.

Zunächst wird den Pflegern das Wie, die Technik des Anfassens, beigebracht, welche ihnen in Fleisch und Blut übergehen muß. Die verschiedensten Situationen werden aufgerollt. Stellt sich ein unbewaffneter Kranker einem Pfleger oder einem anderen Kranken drohend gegenüber, so ist die Situation im allgemeinen ungefährlicher, kann aber gefährlich werden; so kann, abgesehen von heftigen Faustschlägen, der Kranke seinen Gegner am Halse würgen, mit den Fingern ins Auge zu stechen suchen, nach den Genitalien greifen, ihn gegen den Bauch treten, sich einkrallen und Bart bezw. Haupthaar ausraufen, ihn beißen. Der Arzt macht hierbei darauf aufmerksam, daß aus bedrohlichen Situationen diese gefährlichen Lagen erst erwachsen, wenn durch erregtes oder ungeschicktes Auftreten der Pfleger, besonders durch unnötiges oder zu festes, ungestümes, gewaltsames Anfassen die Gereiztheit des Kranken verstärkt wird. Auch aus nicht bedrohlichen Lagen können sie entstehen, wenn der Pfleger einen Kranken, welcher nicht folgt, z. B. nicht mit in den Garten gehen will, zu zwingen sucht, indem er kommandierend gegen ihn auftritt und sogar ihn am Arme faßt. Hat der Kranke eine Waffe in der Hand, so ist die Sachlage um so ernster, je gefährlicher die Waffe, z. B. ein Messer, ein dolchartiges Instrument, je größer ihre Tragweite, z. B. ein Revolver, je unbedingter die Bedrohung, je mehr sie nicht eine verteidigungsweise, sondern eine angriffsweise ist. Zu beachten ist auch, daß eine anscheinend unbewaffnete Hand bewaffnet sein kann, z. B. mit einem Stein,

einer kleinen Schere. Am unangenehmsten ist die Lage, wenn jemand von hinten überraschend angefallen wird, oder wenn er ahnungslos von vorn mit einem waffenartigen Instrument verletzt wird. Der Arzt weist den Pfleger aber zugleich darauf hin, daß der Angriff mit einer Waffe nur sehr selten ist und in ruhigem, freundlichem Milieu und freundlichem Umgang immer seltener wird. Im Unterricht müsse er ihnen aber die Unterweisungen für alle Eventualitäten geben.

In einer bedrohlichen Lage gilt es natürlich vor allem, kaltes Blut und Besonnenheit zu bewahren —, das wird den Pflegern um so leichter, je mehr sie durch Unterweisung, Beispiel des Arztes und Erfahrung lernen, wie wenig bei richtigem Umgang der drohende Kranke im allgemeinen gefährlich ist, — in der möglichsten Mehrzahl in die Erscheinung zu treten, wenn nötig, sofort den Arzt zu benachrichtigen. Am ernstesten wird die Situation für die Pfleger, wenn sie ihre Ruhe, klare Überlegung und Umsicht verlieren. Sind die Pfleger genötigt, dem Kranken zuvorzukommen und ihn zu fassen — wann sie hierzu genötigt sind, wird später auseinandergesetzt —, so halte ich nach einer Erfahrung von nahezu neunzehn Jahren, in welchen ich sehr oft in recht schwierigen Situationen persönlich eingegriffen habe, für ausreichend und am zweckmäßigsten die Art des Anfassens, wie ich sie in der „Irrenpflege“ geschildert habe, auf welche ich hiermit verweise (IX. Jahrg., Nr. 5 und 11). Die Pfleger gleichzeitig vorgehend fassen nach dem Unterarm, führen ihn auf die Brust und umschlingen zugleich den Kranken von hinten; so haben sie ihn sicher und in ihrer Hand, ohne daß dem Kranken Gewalt geschieht, wenn sie es ruhig und geschickt ausführen. Ich mache darauf aufmerksam, wie leicht es bei schnellem und geschicktem Zufassen ist — Geschicklichkeit, nicht Kraftanwendung führt zum ruhigen Ziele, kein stärkerer Druck als unbedingt nötig ist —, den erhobenen Arm auf die Brust des überraschten Kranken zu führen, und wie ruhig bei geschicktem Fassen der Kranke sich fast stets ergibt. Ausdrücklichst wird ihnen das Unzweckmäßige, nach der Hand oder gar nach der Waffe zu greifen, klargelegt und eingeschärft, stets nach den Unterarmen zu fassen, da sie hiermit am sichersten Hand und Waffe unschädlich machen. Hat der Kranke etwa ein Messer, eine Schußwaffe in der Hand, so nehmen die Pfleger, falls es nach der Sachlage zum Zufassen kommen muß, ihre Stellung so zu dem Kranken, daß sie ihm nicht ihre Vorderseite, ihre Brust, sondern die Flanke und zwar, weil auf der linken Seite das Herz liegt, als sie weniger gefährdend die rechte Flanke zukehren. Zum Schutz gegen Kopf und Hals können sie ihren Arm schützend davor halten. Müssen die Pfleger zufassen, so kommt es auf schnelles, aber möglichst besonnenes und gemeinsames Handeln an, um der Lage nach Möglichkeit ihre Gefährlichkeit zu nehmen. Vor dem Treten der Kranken schützen die Pfleger sich dadurch, daß sie nicht von vorn, sondern von der Seite aus vorgehen und eventuell umschlingen ein oder zwei Pfleger die Beine. Meist habe ich übrigens anfangs gefunden, daß die die Beine gefaßt haltenden Pfleger, wenn sie nach einer Szene den Kranken gefaßt und ins Bett getragen hatten, sich beim Loslassen des Kranken so ungeschickt hinstellten, daß sie mit ihrer Vorderseite ihm eine Zielscheibe boten, sie gegen den Bauch zu treten, statt sich seitlich in Oberschenkelgegend des Kranken zu stellen bezw. ganz von ihm zurückzutreten; ebenso vergaßen meist die Pfleger, welche den Oberkörper getragen hatten, sich so weit von dem Kranken zurückzustellen, daß sie aus dem Bereich seiner Schlagweite entfernt waren. Ist das Ziel erreicht, also z. B. der Kranke ins Bett getragen, so läßt man den Kranken los, auch wenn er noch sich ungebärdig zeigen sollte; er beruhigt sich dann am raschesten; war er stärker gereizt und will er wieder losgehen, so kann man ihn ja, wenn nötig, in Ruhe wieder fassen. Falsch ist es aber, wie ich es anfangs meist sah, den Kranken, wenn er sich nach dem Loslassen im Bett nur aufrichtet und noch räsonniert, niederzuhalten; das ist unrichtig und reizt. Ist nun einmal ein Pfleger allein und genötigt zuzufassen — niemals darf der Pfleger sich auf seine Kraft verlassen, wenn er Hilfe haben kann, denn es handelt sich ja nicht um eine Kraftprobe und es gibt zu leicht eine Balgerei, er darf, wenn er allein ist, unter Umständen die Hilfe von besonnenen Kranken annehmen, bleibt aber dafür verantwortlich, daß diese nicht gegen den fraglichen Kranken exzedieren —, ist er allein und muß z. B. zufassen, weil ein Kranker gegen einen anderen ernstlich tätlich wird, so muß er, wenn der Kranke eine Waffe in der Hand hat, darauf achten, daß es ihm nicht gelingt, während seine die Waffe tragende Hand (am Unterarm) gefaßt und er nicht rasch genug von hinten umschlungen wird, die Waffe in die andere Hand zu bekommen. Auch kann, aber nur in dem einen Falle, daß der Kranke eine gefährliche Waffe in der Hand hat, der Pfleger statt nach dem Unterarm nach dem Handgelenk greifen und es energisch drücken, um durch plötzlichen Schmerz zu erreichen, daß die Waffe der Hand des Kranken entfällt. Daß die Pfleger mit den angegebenen Handgriffen auskommen können, davon

habe ich mich, wie ich bereits bemerkte, durch vielfältige Erfahrung überzeugt. Sie zu lehren, daß mit einer und derselben Art von Handgriffen das bezweckte Ziel zu erreichen ist, hat auch das Gute, daß sie im Notfall sicher und klar vorzugehen wissen. Je einfacher das einzuschlagende Verfahren, um so sicherer das Gefühl des Erfolges und der Erfolg. Ich halte diese Art des Anfassens für die schonendste, sicherste und am wenigsten gewaltsam wirkende Art. Als ich 1889 meine irrenärztliche Laufbahn antrat, pflegten die Pfleger die Kranken zu isolieren, indem sie sie von hinten um die gestreckten Ellbogen umfaßten und ihre Hände auf dem Leibe des Kranken schlossen, den Kranken so in die Zelle vorwärts bewegten, oder wenn der Pfleger genügend Kraft hatte, hob er ihn und trug ihn hinein. Das Isolieren ging so flott von statten, aber ich hielt es für bedenklich, die Hände sich auf dem empfindlichen, weichen Leib schließen zu lassen, da doch auf diesen ein Druck und zu leicht ein zu tiefer ausgeübt wurde, und ich fand die Berechtigung meiner Bedenken bald bestätigt, indem mir Isolierte häufig über Magen- und Leibschmerzen klagten und sie auf das Anfassen zurückführten. Ich übte die Pfleger auf die von mir angegebene Weise ein, aber erst als ich sie wiederholt durch persönliches Eingreifen überzeugt hatte, wie sicher und ruhig die Kranken sich so isolieren ließen, sahen sie ein, daß sie auf diese Weise schonender die Kranken isolieren konnten, als mit dem Fassen, welches sie bislang exekutierten. Die richtige Anwendung der angegebenen Maßnahmen erfordert allerdings exakte Einübung. (Fortsetzung folgt.)

Aus der Universitätsfrauenklinik Zürich.

Beiträge zur Kenntnis der Hyperemesis gravidarum.

Von *E. Hermann Müller.*

(Fortsetzung.)

Pat. Nr. 19 litt schon als Kind an häufigem Erbrechen. Nach der Entlassung aus der Schule Bleichsucht, Schwäche in den Beinen, Atemnot beim Treppensteigen, in der zweiten Gravidität Anfälle von Schwäche und Ohnmachten; in beiden Schwangerschaften häufiges Erbrechen, das in der jetzigen zu Kräfteverfall führt. Nichtsdestoweniger ist die hysterische Natur des Erbrechens deutlich, man denke an ihre Meinung, daß sie nunmehr in bestimmten Intervallen von mehreren Tagen erbrechen werde, an ihren Glauben an die Bromkalimixtur. Neben der aus der Jugend bestehenden Hysterie mögen Erzählungen der Mutter, die als Gravida jeweils hartnäckiges Erbrechen hatte, sowie schlechte Familienverhältnisse (Ärger) mitgewirkt haben, um das Leiden zum Ausbruch und zur Steigerung zu bringen.

Im Falle Nr. 28 möchten wir die „Darmlähmung" unbedingt mit dem Globus als Äußerung der Hysterie auffassen, wobei das Erbrechen wohl durch alte Beziehungen leicht zustande kam. Gewohnheitsmäßig wird der einmal gebahnte Weg zur Fortleitung der Erregung aus dem Unterbewußten benutzt. Dieses „somatische Entgegenkommen" ist nach Freud bezeichnend für Hysterie und stellt sie in Gegensatz zu andern Neurosen und Psychoneurosen; es ermöglicht die Konversion (Freud, Monatsschr. f. Psych. und Neurol. 1905, S. 410 und 418).

Vielleicht der berühmteste Fall, wo spätere Erregungen die vorgebildeten Bahnen benutzen, ist Charles Darwin; die Leiden, die ihn sein ganzes Leben hindurch quälten, sind Zustände analog denen, unter welchen er auf seiner Weltreise litt.

Zur weiteren Illustration des „somatischen Entgegenkommens" sei noch auf zwei Fälle unserer Kasuistik hingewiesen. Im Falle Nr. 26 erlebte die Patientin mit 17 Jahren eine Peritonitis; im Anschluß daran traten erstmals die Menses auf. Auch die augenfällig hysterische Pat. Nr. 27 machte als Kind eine Peritonitis durch, jetzt kommt sie wegen Ptyalismus und Hyperemesis in die Klinik. Wir sind der Meinung, daß diese Peritonitiden durch psychisch bedingte Schmerzen vorgetäuscht worden sind und daß sich vielleicht hinter ihnen eine Ovarie verbarg.

Über dieses „Syndrom" der Hysterie schreiben Breuer und Freud auf Seite 207 ihrer Hysterie-Studien: „In den Anamnesen männlicher Hysteriker begegnet man dieser Form der Erkrankung gewöhnlich unter dem Namen „Gehirnentzündung", bei weiblichen Hysterien gibt die Ovarie dabei Anlaß zu der Diagnose Bauchfellentzündung." Auf Seite 198 desselben Werkes bringen sie ein allerdings etwas kompliziertes Beispiel, das ich im Original nachzulesen bitte.

Auffällig ist die starke Verbreitung des Fluors bei unsern Kranken. Theilhaber fand bei neurotischen Frauen häufig starken Ausfluß trotz vollständig ge-

sunder Genitalien. Bei starker Aufregung stellt sich im Verlaufe einiger Stunden reichliche, ja enorme Sekretion ein, um mit Nachlassen der Aufregung zu verschwinden; für die sexuelle Erregung ist das eine bekannte Tatsache. Es kann aber der Fluor auch anatomisch bedingt sein. Dieser kann nun sehr wohl die Psyche alterieren, indem er vom Unterbewußten umgedeutet als Sperma ekelhaft erscheint und so zu Erbrechen führt.

Derartige, bei Hysterie so häufig vorkommende Umdeutungen möchte ich auch zur Erklärung von Fall Nr. 8 heranziehen. Mag auch die Blutvergiftung nach Besorgung von Krankenwäsche wirklich bestanden haben, so sehen die bleibenden Leibschmerzen, Appetitlosigkeit, das häufige Erbrechen doch eher nach Hysterie aus, die sich auf dem Boden einer septischen Erkrankung angesiedelt hätte. Dazu seit der Heirat Intertrigo infolge Fluor albus, beide können auch infektiös sein. — Man staunt oft, wie reich das sexuelle Erleben vieler Hysterischen ist; man kann lange nicht alles aufs „Lügen“ schieben; instinktiv suchen diese Kranken entsprechende Gelegenheiten auf; in dienender Stellung durchstöbern sie nicht selten die Wäsche der Herrschaft nach Spermaflecken. Mir scheint, nur in Erinnerung an solche Erfahrungen ist die Reaktion auf das Reinigen von Krankenwäsche zu verstehen: im Unterbewußten gehen Assoziationen von der von Eiter und Blut beschmutzten Krankenwäsche zu menstrueller Verunreinigung der Wäsche, zu Fluor- und Sperma-Flecken. Der Symptomenkomplex der Blutvergiftung, insbesondere deren Residuen erscheinen ganz anders; die Brücke zum Erbrechen in der Schwangerschaft ist dann leicht zu schlagen.

In einigen Fällen tritt das Erbrechen sehr rasch nach der Konzeption auf, was nur durch die Annahme eines psychischen Vorgangs verständlich wird. Manche Frauen erbrechen nach jeder Kohabitation, so daß man sich fragen kann, ob hier etwas derartiges vorliegt; es ist aber auch zu erwägen, ob die Frauen, im Glauben konzipiert zu haben, weiteren sexuellen Verkehr verabscheuen und aus diesem Grunde erbrechen? Jedenfalls ist die heilsame Wirkung der Isolierung oft recht auffällig.

Es kann, wie schon angedeutet, die Abscheu auf das Kind übertragen werden, denn es versetzt uneheliche, arme oder irgendwie sozial behinderte Frauen in schlimme Situationen. Die Modistin von Fall Nr. 26, die zudem hysterisch ist, wäre ein Beleg hierzu. Auch Fall Nr. 12 gehört hierher. Die Katamnese ergab, daß die betr. Studentin fürchtete, durch das Kind am Studium gehindert zu werden, und sie verlangt Aborteinleitung wegen des Erbrechens, nachdem mehrere Gynäkologen die Myomotomie ablehnten. Trotzdem die Anamnese mangelhaft ist, darf sie als Hysterika bezeichnet werden; eine normale Psyche läßt keine Konversion zu.

Pat. Nr. 13 hat exquisite Globusgefühle, Anfälle mit „Ohnmachtsanwandlungen“, beidseitige Ovarie; bei ihr setzte das Erbrechen spätestens drei Wochen nach der Konzeption ein. Wir wollen nur darauf hinweisen, daß Freud in einem Falle nachwies, daß der Globus mit sexuellen Vorstellungen zusammenhängt. Aus dem Arztbericht erfahren wir, daß die Patientin überhaupt an hysterisch-epileptischen Anfällen leidet.

In der ersten Schwangerschaft erbrach Pat. Nr. 2 bis zur Geburt ohne jede Beeinträchtigung des Appetits, in der zweiten führte das Erbrechen zu Appetitlosigkeit, Kräfteverfall usw., so daß Abort eingeleitet werden mußte. Auffällig war der Ekel vor Fleisch, der in gewissen Fällen bei hysterischen Weibern ein Symbol des Abscheues vor dem membrum virile sein kann; es sei hier auf Riklins Untersuchung der Lina H. (Psych.-Neurol. Wochenschr. 1905) verwiesen.

In dem schon mehrfach zitierten Fall Nr. 26 handelt es sich um eine außereheliche Gravidität bei einer allerdings durch ihren psychischen Zustand prädisponierten Person. Beim Ausbleiben der nächsten Periode setzt sofort das Erbrechen ein, d. h. mit der Sicherheit der eingetretenen Gravidität. Die Begründung ist klar.

Bei Nr. 25 mußte in der ersten Gravidität wegen Hyperemesis Abort eingeleitet werden; in der bestehenden tritt wieder Erbrechen auf, besonders quälend nach Aufregungen. Das mißliche Eheleben (Arztbericht) sowie die Zumutung, in vier Jahren vier Schwangerschaften auszuhalten, mögen die Ursache des jetzigen schweren Erbrechens geliefert haben.

Mit dem Beginn der zweiten Gravidität setzt im Fall Nr. 3 sofort das Erbrechen ein, wozu im zweiten Monat hysterische Anfälle kommen, in welchen sie heftige Kopfschmerzen, in einem auch starkes Erbrechen hat. Vielleicht haben wir es hier mit einem Freudschen Delir zu tun. Nach den Anschauungen Freuds und meinen Beobachtungen an Psychosen durchleben die Kranken im Dämmerzustand (Anfall) diejenigen Erlebnisse — sie können angenehm wie auch unangenehm sein — nochmals, die entweder selbst die Krankheit zum Ausbruch brachten oder vermöge ihres übermäßigen affektiven Gehalts, der nicht abreagiert werden kann, ins Unterbewußtsein eindringen, dort mit aller Frische aufbewahrt

bleiben, um bei Eintreffen gewisser Reize die Herrschaft über die ganze Persönlichkeit an sich zu reißen. Es kann sich bei frigiden Frauen um Abscheu oder Angst vor dem Koitus als solchem handeln, Angst vor dem eventuellen Familienzuwachs, der die soziale Lage noch verschlimmern wird; der Anfall kann aber ebensowohl die Erfüllung unbewußter Wünsche sein z. B. des Koitus. Hysterische Symptome mit dieser Genese habe ich bei einer jungen Dame beobachtet. In diesem Falle war es möglich, den Anfall zu analysieren, und es ergab sich, daß sie durch Eröffnungen ihres Bräutigams über sein sexuelles Vorleben in einen solchen Zustand geschlechtlicher Aufregung gekommen war, daß sie sich selbst den Genuß, den ihrer Meinung nach die Prostituierten gehabt hatten, wünschte. Als es aber nicht dazu kam, trat ein lange dauernder großer Anfall ein, in welchem sie das erlebte, was sie sich vorher gewünscht hatte.

In einem Falle unserer Klinik — einer Gravida, die wegen unstillbarem Erbrechen in die Anstalt kam — traten plötzliche Zeichen einer organischen Hirnkrankheit auf (Kollaps, sehr hoher Puls, Pupillendifferenz, Blutungen in die Retina, enorme Sehnenreflexe des linken Armes, stark gesteigerte des rechten, Fehlen der Reflexe an beiden Beinen, Sensibilität für Tast- und Stichempfindungen leicht herabgesetzt, Beine beweglich, wegen Schwäche keine Gehversuche, rechts vorübergehend Babinski). Es schien auch etwas am Uterus zu sein, der auffallend rasch gewachsen sein soll, zeitweise trat etwas Fieber auf. — Diese Patientin erwachte mit einem Delirium aus einem Ohnmachtsanfalle. Sie war desorientiert, schimpfte über das Kind, das sie trug, „wenn es nur verreckte" usw. Sie hält nun ihren Mann für ihren Schwager und sie selbst ist mit einem Doktor X verheiratet, den sie offenbar liebt. (Das eheliche Zerwürfnis wurde schon vor der Untersuchung aus den Aussagen des Ehemanns diagnostiziert.) Mit dem Einsetzen dieser Wahnidee hörte das Erbrechen mit einem Schlage auf. Gleichzeitig wirkte die Suggestion des Arztes mit, die aber natürlich auch vorher gegeben worden war. Die Patientin erbrach also, solange sie in der Realität weilte, in welcher der ungeliebte Mann ihr Gatte ist, und sie wünschte auch dem Kinde den Tod; in ihrem Wunschdelir mit dem „andern" verheiratet erbricht sie nicht.

Pat. Nr. 24 litt in den ersten fünf Monaten der ersten Schwangerschaft an unstillbarem Erbrechen, in der zweiten erbrach sie weniger, sehr viel während der Geburt und den ersten zwei Tagen des Puerperiums. Schon zwei Monate vor Beginn der dritten Gravidität bestanden Magenbeschwerden, seit September (Konzeption Ende August — Anfang September) auch Erbrechen, dessen Steigerung in den letzten zwei Wochen zu Entkräftung führte. Die Anamnese legt es nahe, an Frigidität zu denken, die Übelkeit seit Juli bestehend wäre möglicherweise auf den gesteigerten Sexualverkehr zurückzuführen (menschliche Brunst im Juni-Juli). Nach den Erfahrungen der Psychologen ist die Frigidität kein primärer Zustand; es würde sich um ein originäres Fehlen des Geschlechtstriebes handeln, was eine Ungeheuerlichkeit wäre. Die Frigidität stellt sich erst später ein als Folge einer abnormen psychischen Konstitution (Hysterie). In diesen Zusammenhang möchten wir einreihen Fall Nr. 22 sowie eine von Herrn Kollegen Martig mir überlassene Beobachtung:

Frau N., aus psychisch belasteter Familie stammend — Mutter desequilibriert und exzentrisch, Onkel an Paralysis Landry verstorben —, wurde mit zwanzig Jahren erstmals gravid. Starke Hyperemesis. Auch starke Küchengerüche erregen sofort Ekel und Brechreiz. Genitalien in Ordnung. Stärkste Abmagerung in drei Monaten. Beiziehung eines Spezialisten. Transport in die Klinik zur Aborteinleitung. Der psychische Effekt des Herausreißens aus den häuslichen Verhältnissen, die Reise in die Klinik, der Eindruck des fremdartigen Milieus bringen die Symptome in acht Tagen zum Verschwinden. Die Frau kehrt mager, aber ohne Hyperemesis zurück. Spontane Geburt nach der gehörigen Zeit.

Bald darauf Beginn der zweiten Gravidität. Nur vierwöchentliches leichtes Schwangern-Erbrechen. — Die Frau hat sich geäußert: „Sie bringe dem Ehemanne jedesmal ein Opfer, wenn sie ihn kohabitieren lasse."

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen.

— **Bericht** über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** zu Berlin am 24. und 25. April 1908. (Fortsetzung.)

Herr Heilbronner wendet sich gegen die Einführung des Begriffs der Schizophrenie, der im wesentlichen mit der „Sejunktion" Wernickes zusammenfiele, aber nicht als „Symptom" angesehen werden kann, das einer spezifischen Psychose zukommt; diese

theoretische Konstruktion kann nicht der Abgrenzung einer Krankheit zugrunde gelegt werden. Bei den ärztlich erhobenen Katamnesen werden viel gründlichere Angaben erhalten, als es zum Zwecke der Feststellung der Anamnesen möglich ist; dadurch entsteht die Gefahr, vermeintlich durch die Sejunktion gesetzte Residuärsymptome zu statuieren, wo in Wirklichkeit Abweichungen nach der Psychose weiter bestehen, die schon eher bestanden. H. würde es sehr bedauern, wenn die heutigen Referate zur Folge hätten, daß die Abgrenzung: Degenerations- usw. Zustände von der Dementia praecox, die neuerdings angebahnt wurde, wieder in Frage gestellt würde.

Herr Räcke betont gegenüber Herrn Kraepelin die Bedeutung und den Wert der von den Angehörigen erhobenen Katamnese.

Herr Urstein: Ich hatte die Absicht, Ihnen heute über die Ergebnisse meiner Untersuchungen zu berichten, welche ich im Laufe der letzten Jahre auf Grund einer ganz genauen Analyse von etwa 600 Dementia praecox-Fällen gewonnen habe. Allein, mein Material hat einen derartigen Umfang angenommen, es haben sich mir soviel Fragen aufgeworfen, die erörtert werden müßten, zumal ich mir über die heute geltenden Grundanschauungen eine abweichende Meinung gebildet habe, daß es mir unmöglich wäre, im Rahmen eines Vortrags eine noch so kurze und summarische Übersicht zu geben. Ich will mich daher begnügen, im Anschluß an die eben gehörten Vorträge einiges anzuknüpfen.

Vorausschicken muß ich jedoch, daß meine Kasuistik all den Anforderungen genügt, die auch heute von einigen Referenten gestellt werden; sie entstammt zum großen Teil der Heidelberger Klinik und stellt sozusagen das älteste Kraepelinsche Material dar. Es waren dies Fälle, welche vom Jahre 1891 bis 1896 als Dem. praecox diagnostiziert wurden. Im ganzen etwa 230 Patienten, die ich, soweit sie in Anstalten oder zu Hause erreichbar waren, nachuntersuchen konnte. Auch hier, in Herzberge, habe ich nur solche Fälle verarbeitet, die mindestens seit 10 bis 15 Jahren in der Irrenanstalt beobachtet wurden. Dadurch aber, daß eine sehr große Anzahl von Patienten 20 bis 30, viele 40 Jahre in Anstalten verpflegt wurden und einzelne bis zu 50 Jahren krank gewesen sind, vermochte ich ein ganz anschauliches Bild über die Symptomatologie, den Verlauf und Ausgang, somit auch über die Prognose der Dem. praecox zu gewinnen. Was nun die Symptomatologie der Dem. praecox betrifft, so werde ich durch eine große Anzahl von Fällen beweisen können, daß sie sich vollkommen mit jener decken kann, die nach der heute, besonders von der jüngeren Kraepeliner Schule, vertretenen Anschauung als charakteristisch für das manisch-depressive Irresein angeführt sind. Und in der Tat bieten viele der nun seit Jahr und Tag kataton Verblödeten im Beginn und nach jahrelangem Bestehen des Leidens Symptomenkomplexe dar, die sich von der typischen zirkulären Depression bezw. vom manischen Erregungszustand in nichts unterscheiden. Als ein höchst unzuverlässiges Symptom hat sich mir z. B. die sogen. intrapsychische, die subjektive psychomotorische Hemmung erwiesen, desgleichen das Insuffizienzgefühl. Ich habe beides mindestens so oft bei der Dem. praecox wie beim manisch-depressiven Irresein gefunden. Ebensowenig spricht gegen die Dem. praecox eine Periodizität, ein Wechsel bezw. Übergang der Depression mit Hemmung und sonstigen sogen. zirkulären Momenten in einen exquisit manischen Zustand mit Ideenflucht, Ablenkbarkeit, gehobener Stimmung, Betätigungsdrang und ähnliches mehr. Ich kann nur betonen, daß das manisch-depressive Irresein heute ein ebenso bequemer „Sammeltopf" geworden ist, wie es früher der „Paranoia-Topf" gewesen, in den alles Heterogene hineingeworfen wurde.

Herr Jahrmärker (Schlußwort) betont die Bedeutung der sachgemäß erhobenen Anamnese, weist die Auffassung zurück, daß ein theoretisches Schema konstruiert werde.

Herr Bleuler (Schlußwort): Die gemütliche Verblödung halte ich für sekundär, weil sich auf verschiedene Weise Affekte nachweisen lassen in allen Fällen, die man genau untersuchen kann. Den Namen Schizophrenie würde ich nicht verteidigen, wohl aber den Begriff, der angegriffen worden ist. Es handelt sich nach unserer Beobachtung, nicht nach der Theorie, um eine Spaltung der Assoziationen sui generis, die bei allen Fällen von Dem. praecox vorkommt, nicht aber bei akuten Krankheiten. Der Wernickesche Begriff der Sejunktion ist allerdings ein sehr verwandter; da er sich aber weder in seiner Abteilung noch in seinen Konsequenzen mit unserem Begriff schizophrene Spaltung deckt, durften wir den Ausdruck „Dementia sejunctiva" nicht brauchen. Auch die Begriffe der Reiz- oder Ausfallserscheinungen sind nicht identisch mit denen, die wir als primäre und sekundäre Symptome bezeichnet haben.

(Fortsetzung folgt.)

— **Der Hilfsverein für Geisteskranke in der Rheinprovinz**, dessen segensreiche Bestrebungen in den weitesten Kreisen Zustimmung und dankenswerte Unterstützung gefunden haben, hat auch im vergangenen Jahre wieder im Zeichen gedeihlicher Fortentwicklung gestanden. Im Berichtsjahre 1907 stieg die Zahl der Mitglieder von 10685 auf 12699, der Zuwachs beträgt somit 2014 Mitglieder. Unter den fünf Regierungsbezirken steht Koblenz mit 4788 Mitgliedern und 249 Vertrauensmännern obenan. Der Bezirk Düsseldorf ist an die zweite Stelle gerückt. An Gemeinden, die früher noch nicht vertreten waren, sind im Bezirk Aachen 4, Koblenz 144, Köln 35, Düsseldorf 17 und Trier 8 hinzugekommen. Auch hat wieder eine ganze Reihe von Kreis-, Stadt- und Gemeindeverbänden ihr Interesse an der Irrenpflege bekundet; insgesamt gehören dem Verein u. a. an: 28 Kreise, 54 Stadtkassen, 268 Gemeindekassen. Entsprechend der Zunahme an Mitgliedern haben sich auch die laufenden Beiträge um 3798 M. erhöht. An außerordentlichen Stiftungen und einmaligen Leistungen wurden dem Verein 1238 M., darunter eine

Gabe von 1000 M. zugeführt. Dem erhöhten Bedürfnis nach Unterstützungen gemäß kamen 1907 insgesamt 17450 M. zur Verteilung, 1835 M. mehr als im Vorjahr. Bei Bewilligung von Zuwendungen blieb der Grundsatz maßgebend, „dem aus der Anstalt Entlassenen die Wege zu ebnen, damit er seinen frühern Beruf wieder ergreifen, seine Verhältnisse wieder ordnen, etwaige Schulden bezahlen, neue Arbeit finden kann." Wenn erforderlich, soll ihm Gelegenheit geboten werden, sich vorerst noch etwas zu erholen. Außerdem sind auch hartbedrängten Familien, deren Ernährer noch in der Anstalt waren, entsprechende Beihilfen zugewendet worden. Durch eine Reihe zweckdienlicher und interessanter Vorträge, verbunden mit Besichtigung von Provinzial-Irren-Heil- und Pflegeanstalten unter sachkundiger Führung, ist weitern Kreisen entsprechende Belehrung und Aufklärung über Geisteskranke und Geisteskrankheiten sowie über Irrenpflege geworden. Bei der statistisch erwiesenen konstanten Zunahme der Geisteskrankheiten genügen die durch Veranstaltungen des Staates und der Provinz aufgebrachten Mittel zur Erfüllung des einschlägigen Zwecks bei weitem nicht; es bedarf hierzu der unablässigen ergänzenden Tätigkeit der privaten Wohlfahrtspflege durch die Stadt- und Landgemeinden sowie durch mitfühlende Private.

— **Eine grosse Stiftung zur Förderung der Psychiatrie in Amerika.** Zu den großartigen Spenden, die in Amerika von reichen Privatleuten zu wissenschaftlichen und gemeinnützigen Zwecken gemacht werden, hat sich eine neue gesellt. Der Philanthrop Henry Phipps, der bereits in großartigster Weise zur Bekämpfung der Tuberkulose durch Errichtung des Phipps-Instituts in Philadelphia und der Phipps-Akademie für tuberkulöse Patienten im Johnes Hopkins-Hospital beigetragen hat, hat in den letzten Tagen die Summe von 750000 M. für eine psychiatrische Abteilung des genannten Hospitals gespendet. Diese Abteilung vermag aus dem erwähnten Betrag auch für zehn Jahre die Kosten für ihre klinischen, wissenschaftlichen und Unterrichtseinrichtungen zu decken. Als Leiter der Abteilung ist Dr. Adolf Meyer aus Newyork berufen worden. Er hat seine akademische Laufbahn in der Universitätsstadt Zürich begonnen und seine Studien in London, Edinburgh, Paris und Wien fortgesetzt. Im Jahre 1892 übersiedelte er nach Amerika, wo er bald einen Lehrauftrag für Nervenheilkunde an der Universität Chikago erhielt. Wie das Journal der Amerikanischen Medizinischen Vereinigung mitteilt, wird Dr. Meyer im Verein mit dem Architekten des neuen Instituts eine Studienreise unternehmen, um die neuesten und vollkommensten Einrichtungen kennen zu lernen und in Anwendung bringen zu können.

(Altonaer Nachrichten. 24. 7. 08.)

— **Conradstein.** Direktor-Jubiläum. Am 1. Juli d. Js. waren 25 Jahre verflossen, seitdem Herr Geheimer Medizinalrat Dr. Kroemer-Conradstein als Anstaltsdirektor in den Dienst der Provinz Westpreußen getreten war. Aus diesem Anlaß haben seine Freunde und Bekannten, seine Schüler und Angestellten ihrer Verehrung und Dankbarkeit für ihn in herzlichster Weise Ausdruck gegeben. Am Abend des 30. Juni fand im Klubhaus zu Pr. Stargard zu Ehren des Herrn Jubilars ein Festessen statt, an welchem nahezu 100 Herren teilnahmen. Eine Reihe Toaste ernsten und heiteren Inhaltes wurden ausgebracht, unter denen der des Landrats des Kreises Pr. Stargard, der des Bürgermeisters der Stadt Pr. Stargard und der des Dr. med. Jacobsohn-Pr. Stargard als Vertreter des von Herrn Geheimrat Dr. Kroemer gegründeten Vereins der Ärzte der Kreise Pr. Stargard und Berent hervorgehoben sein mögen. Am nächsten Tage erschienen in seiner Wohnung in großer Zahl die Glückwünschenden. Als erste brachten ihre Glückwünsche dar die Ärzte, Beamten und Angestellten der Anstalt, welche eine Ehrengabe überreichten. Herr Sanitätsrat Dr. Schauen, Direktor der Provinzial-Irrenanstalt Schwetz a. W., überbrachte die Glückwünsche der Direktoren der Irrenanstalten in den nordöstlichen Provinzen und zugleich eine von ihnen gestiftete Adresse. Gleichzeitig überreichte er ein Ehrengeschenk im Namen früherer Assistenten, deren Dank und Glückwünsche er gleichfalls aussprach. Nicht unerwähnt sei es, daß der Herr Landeshauptmann der Provinz Westpreußen in einem längeren Schreiben der hohen Verdienste des Herrn Geheimrat Dr. Kroemer um die Entwicklung des westpreußischen Irrenwesens gedachte und ihm die verdiente Anerkennung zollte. Am Abend des 1. Juli fand im Festsaale der Anstalt eine Feier statt, bestehend aus Chorgesängen, Ansprache, Instrumental- und Gesangsvorträgen, sowie einem Theaterstück. Diese Aufführungen und Darbietungen waren fast ausschließlich von Kranken der Anstalt ausgeführt worden.

Personalnachrichten.

— **Heidelberg.** Dr. Otto Ranke habilitierte sich für Psychiatrie.

— **Friedrichsberg** bei Hamburg. Assistenzarzt Dr. E. F. Thoemmes ist am 31. Juli aus dem Dienst der diesseitigen Anstalt getreten.

— **Freiburg i. Br.** Prof. Dr. H. Pfister scheidet mit dem nächsten Semester aus dem akademischen Lehramt.

— **Giessen.** Dr. K. Berliner hat sich für Psychiatrie habilitiert.

— **Kiel.** Dr. Wassermeyer hat sich für Psychiatrie habilitiert.

— **Casania.** Dr. Esporito hat sich für Psychiatrie und Neurologie habilitiert.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. **Nr. 21. 1908.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 21. 15. August **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Kriminalpsychologisches in Goethes „Götz von Berlichingen“ und Kleists „Michael Kohlhaas“.

Von *Boas*, stud. med. in Freiburg i. Br.

Bielschowsky*) nennt einmal mit Hinblick auf Goethes „Götz“ die Lebensbeschreibung dieses tapferen Mannes ein „getreues Symptom einer wunderlichen Zeit“, die sich an den Taten großer Männer berauschte. Der Ausdruck „wunderlich“, mit dem Bielschowsky über die damalige Geistesrichtung ein vernichtendes Urteil spricht, muß uns befremden. Denn von jeher äußert sich in der Brust des Jünglings die Begeisterung für große Männer und ihre Taten, und mußte nicht in einer literarisch wie politisch kleinen und schwächlichen Zeit dieses Verlangen doppelt lebendig sein? Aus dieser Stimmung läßt Schiller seinen Karl Moor klagen: „Mir ekelt vor diesem tintenklecksenden Säkulum, wenn ich in meinem Plutarch lese von großen Menschen.“ Allenthalben — in der Literatur wie in der Menge — ertönt der Ruf nach einem großangelegten Shakespeareschen Charakter, nach einer Gestalt wie Brutus, für den wir warm werden, und dem wir trotz der Schwere seiner Tat unsere Sympathien nie ganz versagen können. Und wie es damals um das deutsche Drama bestellt war, das zeigt uns Schillers oben angeführte Äußerung und vor allem Lessings kritische Berichte in seiner „Hamburgischen Dramaturgie“. Da tauchte plötzlich am Horizonte des Dichterhimmels ein neues Gestirn auf, Goethe, der in seiner Götzgestalt den Typus des rechtschaffenen Mannes, der durch die äußeren Umstände zum Verbrecher wird, schuf. Wie alle Stücke, die dem Geiste und Sehnen der Zeit Rechnung tragen, wurde auch der „Götz“, obgleich er als Bühnenstück verfehlt ist, begeistert aufgenommen. Allein es wäre falsch, in ihm schlechterdings ein Tendenzstück zu sehen, das plötzlich auftaucht und ebenso rasch wieder verschwindet: die darin behandelten allgemein-menschlichen Fragen und die formvollendete Darstellung stempeln es zu einem klassischen Werke, zu einer Dichtung von unvergänglicher Schönheit (Bielschowsky). Hatte man seit Shakespeare jemals wieder eine so kraftvolle Sprache vernommen, so lebenswahre Gestalten gesehen, eine so erschütternde Handlung auf der Bühne erlebt? So ist es leicht zu erklären, daß der „Götz“, den wir als eine Art Programmstück der Sturm- und Drangperiode bezeichnen können, wegen der darin behandelten ewigen Probleme manchen Epigonen, vor allem Kleist in seinem „Michael Kohlhaas“, zur Nachahmung angeregt hat. Aber Kleists Werk nimmt sich neben dem „Götz“ doch nur wie eine kräftige Handzeichnung neben einem in blühenden Farben schwelgenden und von saftigem Leben strotzenden Wandgemälde aus. Immerhin haben wir in Kleists dramatischer Erzählung ein interessantes Gegenstück zum „Götz“, dessen gemeinsames Thema lautet: Unter welchen Umständen kann ein ehrlicher Mensch zum Verbrecher werden?

Götzens und Kohlhaas' Motive zur Begehung der Tat sind in der Hauptsache die gleichen. Dem Kaiser wird von persönlichen Feinden Götzens, vor allem dem Bischof von Bamberg und Adalbert von Weislingen, eingeflüstert, Götz sei ein Rebell und man könne nicht eher auf Wiederherstellung der Ruhe und Ordnung im Lande hoffen, als bis er und seine Freunde Franz von Sickingen und Hans von Selbitz ein für allemal unschädlich gemacht seien. Der willensschwache Kaiser läßt sich endlich unter dem Druck der Götz feindlich gesinnten Partei dazu bestimmen, ihn in die Reichsacht zu erklären und ein kaiserliches Heer gegen ihn

*) Bielschowsky, Goethe. Bd. 1, 7. Aufl., München 1905.

zu senden. Als dieses von Götz und Selbitz überfallen und vernichtet wird und auch die Belagerung Jaxthausens nicht zur Unterwerfung Götzens führt, fordert der Befehlshaber der kaiserlichen Truppen, der des langen Kampfes müde ist, ihn zur Unterwerfung und Übergabe auf und sichert ihm bis zum Abschluß des gegen ihn schwebenden Verfahrens ritterliche Haft in Heilbronn zu. Götz ergibt sich in seiner Vertrauensseligkeit, wird beim Verlassen seiner Burg treulos gefangen genommen und wie ein gemeiner Verbrecher gefesselt nach Heilbronn gebracht.

In ähnlicher Weise sucht man den Roßkamm Kohlhaas unschädlich zu machen. Kohlhaas zieht wie gewöhnlich durch das Gebiet des Junkers Wenzel von Tronka mit Pferden, die er auf der Leipziger Messe feilbieten will. Der Burgvogt legt ihm bei seinem Vorhaben Schwierigkeiten in den Weg, indem er ihm den Durchzug ohne Paß verweigert. Schließlich willigt Kohlhaas in den Vorschlag des Burgvogts ein, zwei Pferde einstweilen als Pfand zurückzulassen, bis er einen ordnungsmäßig ausgestellten Paß vorweist; der Roßhändler knüpft jedoch daran die ausdrückliche Bedingung, daß die Pferde zu keiner Ackerarbeit benutzt werden sollen. In Leipzig angekommen, erfährt er den wahren Sachverhalt. Schneller als sonst ordnet er seine Angelegenheiten, langt eines Tages auf der Tronkenburg an und verlangt die sofortige Rückgabe seiner Pferde. Doch wie ist er erstaunt, als ihm statt seiner wohlgenährten Pferde ein paar elende Klepper vorgeführt werden, die dem Tode nahe sind! Als er aus seiner Entrüstung dem Burgvogt gegenüber kein Hehl macht und ihn zur Rede stellt, wird er verhöhnt und aus der Burg verjagt. In diesem Augenblicke vollzieht sich in ihm die entscheidende Wandlung. Er ist, will nicht mehr der ehrliche Kohlhaas sein, den alle wegen seiner Biederkeit schätzen, er kann es nicht mit seinem Gerechtigkeitsgefühle vereinbaren, das Unrecht, das man ihm zugefügt hat, ruhig hinzunehmen. Auch ihm sagt sein Innerstes: „Es kann der Beste nicht in Frieden leben, wenn es dem bösen Nachbar nicht gefällt." Zwar hofft Kohlhaas noch, daß ihm die Behörden zu seinem Rechte verhelfen werden, allein seine Klage wird abschlägig beschieden. Auch seine Berufung an seinen Landesherrn, den Kurfürsten von Brandenburg, wird ohne triftigen Grund abgelehnt. Ein anderer könnte über diese Entscheidung leichter hinweggehen, aber eine so durch und durch gerade, biedere Natur wie Kohlhaas kann es nicht verwinden, selbst nicht auf die Bitten seiner Frau. Wie er keinem Unrecht tut, so will er auch kein Unrecht erleiden. Aber auf der anderen Seite ist er nicht der Egoist, der sich nötigenfalls sein Recht mit Waffengewalt erobert: Kohlhaas will nicht nur sich selbst an dem hochmütigen Junker rächen, sondern auch seinen Knecht Herse und all die harmlosen Wanderer, denen der Burgherr wie ihm Gewalt angetan hat. Er will der irdischen Gerechtigkeit, die ihm über alles heilig ist, zum Siege verhelfen, die Arglist, in die die ganze Welt versunken ist, bestrafen, und in der Wahl seiner Mittel ist er skrupellos.

Kohlhaas wird also mit seiner gerechten Sache von der Obrigkeit, deren Entscheidung er sich um des lieben Friedens willen unterwirft, abgewiesen, und an Götz handelt man treulos. Das gibt ihnen, meinen sie, das Recht, nun nach Gutdünken zu schalten und zu walten. Nachdem das Gericht Kohlhaas nicht zu seinem Rechte verholfen hat, nimmt er seine Sache selbst in die Hand, verkauft sein Hab und Gut und sieht seinen Lebenszweck nur noch darin: sich sein Recht zu verschaffen, koste es, was es wolle. Offen und frei bekennt er seiner Frau, er könne in einem Staate, wo Willkür und Gesetzlosigkeit herrsche, nicht leben: „Lieber ein Hund sein, wenn ich von Füßen getreten werden soll, als ein Mensch." Er zieht vor die Tronkenburg und brennt sie nieder. Sein Ziel erreicht er allerdings nicht: die Gefangennahme des Junkers. Bis hierhin hat das Verfahren Kohlhaas' noch einen Schein von Gerechtigkeit. Von nun an aber handelt er, der die Sache der Gerechtigkeit verteidigen will, selber ungerecht, verblendet und verbohrt. Es kommt ihm gar nicht in den Sinn zu fragen, ob denn der Burgherr wirklich der Schuldige sei. Wichtiger ist ihm nach der Einnahme der Burg zu erfahren, wohin sich der Stallknecht mit seinen Pferden geflüchtet habe. Und selbst als er später erfährt, der Junker habe von den Intrigen seines Vogtes nichts gewußt und Kohlhaas' Pferde seien nicht im Dienste des Junkers, sondern des Vogtes verwandt worden, hat er nicht den Mut, seinen verhängnisvollen Irrtum einzugestehen und öffentlich zu erklären: „Ich bin in meinem Gerechtigkeitsgefühl zu weit gegangen. Ich habe Äcker verwüstet, Städte zerstört, Menschen getötet!" Die Einsicht kommt Kohlhaas nicht bei der Zerstörung der Tronkenburg, und so schreitet er auf der Bahn des Verbrechens weiter. Zunächst plündert er ein Kloster, dessen Äbtissin, ein Tante des Junkers, diesen angeblich verborgen halten soll, und zerstört darauf Wittenberg, dessen Einwohner trotz seiner mehrfachen Aufforderung, den Junker auszuliefern, seinem Befehle nicht nachkommen. Als Kohlhaas dann erfährt, daß sein Widersacher nach Leipzig zu seinen Vettern Kunz und Heinz geflüchtet sei,

marschiert er auf Leipzig zu, als ihm ein von Dr. Martin Luther verfaßtes Manifest zu Gesicht kommt. Dies öffentliche Schreiben macht einen solch gewaltigen Eindruck auf ihn, daß er sich in Verkleidung flugs nach Wittenberg zu Luther begibt, um sich gegen den Vorwurf, er sei ein Rebell des Kaisers und ein Feind Gottes, zu verteidigen. Er kommt guten Mutes zu Luther, in der Hoffnung, ihn von der Gerechtigkeit seiner guten Sache voll und ganz zu überzeugen und von ihm Absolution für die begangenen Taten zu erhalten. Er tritt in Luthers Studierzimmer, und er, der in seinem unerschütterlichen Rechtsgefühle vor keinem Fürsten der Welt zittern würde, erbleicht, als er sich Luther gegenüber sieht; er erbleicht nicht vor dem Menschen Luther, sondern vor Luther als dem Vertreter des wahren Gerechtigkeitsprinzipes. In diesem Augenblick gelangt er, ähnlich wie Karl Moor, zu der Einsicht, daß sein Beginnen, die Welt zur Gerechtigkeit zu erziehen und zu bessern, vergebens gewesen sei. Er bittet daher Luther, um weiteres Unglück zu verhüten, ihm Straflosigkeit beim Kurfürsten zu erwirken, was ihm auch gelingt. Kohlhaas löst seine Schar auf und begibt sich nach Leipzig, um dort den Spruch des Gerichtes abzuwarten.

Zu spät gelangt Kohlhaas zu der Einsicht seines Unrechts, das er schließlich mit dem Tode büßen muß, zu spät kommt sie auch Götz. Dieser ist in dem Augenblicke, wo er sich zur Annahme des Oberbefehls über die Bauernscharen entschließt, in dem Glauben, ein gutes Werk zu tun; er will namenloses Unglück verhüten und wird treubrüchig aus Liebe zum Vaterlande und zum Kaiser; dennoch verkennt er keineswegs das Unritterliche seiner Handlungsweise. Und wirklich hat es den Anschein, als ob durch die Macht seiner Persönlichkeit die Bauernbewegung in ein ruhigeres Fahrwasser kommen, als ob sie ihre Ziele, die Besserung der sozialen Zustände, auf friedlichem Wege erreichen wollte. Allein die bösen Elemente, die sich aus bloßer Beutesucht der Bewegung angeschlossen haben, gewinnen die Oberhand und lassen schließlich Götz im Stich, der erst zu spät seinen verhängnisvollen Schritt erkennt und ihn nun mit dem Tode büßen muß.

Ebenso wie Götz macht sich auch Kohlhaas des Treubruchs schuldig, indem er gegen seinen mit dem Kurfürsten abgeschlossenen Vertrag mit einem Knechte, Johann Nagelschmidt, der nach Abschluß des Waffenstillstandes auf eigene Faust plündernd im Lande umherzieht, seine gewaltsame Befreiung verabredet. Aber wie sollte man Götz und Kohlhaas ihre Schritte verübeln? Götz hat einen Eid geleistet, dessen Tragweite er gar nicht kannte, der ihn für den Rest seines Lebens zu Untätigkeit und zum Müßiggang verdammte, zwei Laster, die ihm von Grund seiner Seele verhaßt sind. Bei Kohlhaas dagegen ist der Treubruch durch das Vorgehen der Obrigkeit bestimmt. Er muß sehen, daß seine Sache von Tag zu Tag verschleppt wird und die Entscheidung in unabsehbarer Ferne liegt. Ferner umstellt man sein Haus, und als er einmal mit seinen Kindern zur Vorstadt hinausfahren will, wird ihm das von den ihm „zum Schutze" beigegebenen Knechten nicht gestattet. „Nichts vergönnte er der Regierung, mit der er zu tun hatte, mehr als den Schein der Gerechtigkeit." Wie man an ihm treulos handelt, so glaubt er auch seinerseits den mit dem Kurfürsten abgeschlossenen Vertrag übertreten zu können. Und wie könnte man es ihm auch verdenken, daß er den Verkehr mit seinen Anhängern nicht unvorsichtig abbricht, da er doch, falls die andere Partei gegen die Bestimmungen des Vertrages handelt, notwendigerweise in ihnen einen Rückhalt haben muß. Das bedeutet aber noch nicht, daß er das Vorgehen seiner Anhänger billigt. Im Gegenteil! Wie Götz aus seiner Entrüstung über die Greuel der Mordbrenner keinen Hehl macht, erklärt sich auch Kohlhaas mit dem Treiben Nagelschmidts nicht im mindesten einverstanden und lehnt jede Gemeinschaft mit ihm ab.

Um zu einem richtigen Urteil über Götz und Kohlhaas, über ihr Recht und ihre Schuld zu kommen, müssen wir auf das Urteil der Menge zurückgreifen. Götz gilt beim Volke als ein strenger, aber gerechter Herr, der stets bereit ist, die Sache der Bedrückten zu verteidigen. Darum wenden sich auch die Führer der Bauernbewegung an ihn, um ihn als Hauptmann zu gewinnen. Auch der Kaiser hält Götz für einen treuen Untertan, den er nur blutenden Herzens in die Acht erklärt.

Ebenso ist Kohlhaas in den Augen des Kurfürsten von Sachsen ein braver Mann, „dessen Sache sehr gerecht sei und dem man das Schwert, das er führe, selbst in die Hand gegeben habe". Auch der Präsident das Staatsrates, der von Kohlhaas' Recht voll und ganz überzeugt ist, hält ihn für einen „billigen und bescheidenen" Mann. Wie die Obrigkeit keinen Grund hat, über diesen Mann zu klagen, so erfreut er sich auch beim Volke des besten Leumunds und allgemeiner Beliebtheit. Er gilt bis in sein dreißigstes Lebensjahr als ein Musterbürger. Sein einziges Vergehen besteht nach Ansicht des Volkes in seinem allzu raschen Versuch, sich in der Welt Recht verschaffen zu wollen. Und daß ihm bei allen seinen

Taten nur um die Gerechtigkeit zu tun war, geht aus der Äußerung hervor, die er kurz vor seiner Hinrichtung tut: sein höchster Wunsch auf Erden sei erreicht. Und in dem Bewußtsein, als ein Märtyrer für seine gerechte Sache zu sterben, geht er mit der größten Todesverachtung und Seelenruhe in den Tod.

Beide Helden sind Produkte einer Zeit, in welcher das Recht und mehr noch die Gerechtigkeit noch nicht in bestimmte Formen geprägt sind. Von diesem Standpunkt aus kann und muß man Götz und Kohlhaas menschlich beurteilen und begreifen. In dem Lichte einer rechtlosen Zeit betrachtet muß man ihren Mut, ihren Trotz, ihr zähes Festhalten an dem, was sie für recht halten, ja sogar ihre Verbrechen bewundern. An dem Maßstabe einer festgefügten Gesetzgebung dagegen gemessen werden wir zwar teilnahmsvoll ihrer kühnen Ausdauer und ihrem kraftvollen Draufgehen unseren Beifall zollen, aber sie nichtsdestoweniger für verblendete und irregeleitete Kinder einer längst überwundenen Zeit halten müssen.

Zum Pflegerunterricht.

Von Dr. *Kerris*, Galkhausen.

(Fortsetzung.)

Der Arzt bespricht darauf, wann die Pfleger zuzufassen haben, und wie sie sich in bedrohlich aussehenden Situationen zu verhalten haben. Das größte Gewicht legt er, wie ich sagte, darauf, sie ohne Zufassen auszukommen zu lehren. Sie kommen unter friedlichen Verhältnissen und freundlichem Umgang in die Lage, zufassen zu müssen, so selten wie in die Lage, künstliche Atmung auszuführen. Der Arzt belehrt sie, daß das Anfassen überflüssig, unnötig und kränkend ist und erst den Anstoß zu gefährlichen Lagen gibt. Zunächst ist es ja klar, daß sie den Kranken niemals anzufassen haben und niemals anfassen dürfen, wenn und solange von ihm Bedrohungen von Personen und Sachen nicht zu erwarten sind. Doch dürfen sie auch ein ordnungs- und friedensstörendes Verhalten der Kranken nicht aufkommen lassen. Da wird es nun für die Pfleger anfangs recht schwer zu lernen, die richtige Grenze zu treffen, wie weit sie die Kranken gewähren lassen können, und wann und wie sie einzuschreiten haben. Der Kernpunkt ist Nichtserzwingenwollen, Zeitlassen und mit Ruhe und Freundlichkeit den Kranken zu bewegen, von selbst zu tun, was wir wünschen. Darin versehen es besonders die Pflegerinnen leichter, daß sie die Kranken wie Lehrerinnen ihre Schülerinnen behandeln, welche sie zurechtzuweisen hätten, daß sie ihnen in persönlichem, mißbilligendem, tadelndem Ton Krankheitserscheinungen verweisen, als seien es Ungehörigkeiten, Ungezogenheiten, Unarten, ihnen alles als ernst gemeint unterstellen, zu schnell in ihr Verhalten eingreifen und hiermit ihre Kranken rebellisch machen. Dadurch kann es aus kleinen Anstößen zu gefährlichen Situationen kommen. Das legt sich aber, wenn Pflegerinnen und Pfleger die krankhafte Unterlage des Handelns der Kranken erfaßt haben, und wenn sie sehen, wie so ganz anders die Kranken sich bei Ruhe lenken lassen, wenn ihnen die Lehren und Unterweisungen des Arztes in Fleisch und Blut übergegangen sind. Ein Kranker verläßt z. B. das Bett, wandert umher, es könnte zu einer Neckerei oder Reiberei mit anderen Kranken kommen, eine Maniakalische läuft aus dem Bett und reißt einer anderen Kranken, über welche sie sich geärgert hat, die Decke herunter, ein verwirrter Epileptiker steht auf und steht oder geht ratlos umher, ein Kranker will nicht mit in den Garten gehen (je freundlicher der allgemeine Ton, je folgsamer die Kranken). Wird der Pfleger unwillig, verweist er es ihm, kommandiert ihm, so wird der Kranke ungebärdig und folgt nicht. Folgt er aber, da er eingeschüchtert ist, so bleibt er doch auf den Pfleger geladen. Bittet der Pfleger ihn freundlich, ins Bett zu gehen, so folgt der Kranke (z. B. der Katatoniker, der Epileptiker) meist nicht sofort, scheint oft sogar nicht gesonnen, zu willfahren; er folgt erst recht nicht, wenn der Pfleger zu rasch seine Bitte wiederholt und besonders nicht, wenn er sie zu eindringlich wiederholt, und ganz besonders nicht, wenn er ihn ungestüm am Arm nimmt; hat der Pfleger freundlich seine Bitte ausgesprochen, so beachtet er scheinbar nicht, ob der Kranke darauf eingeht, tritt nicht zu nahe an ihn heran, und der Kranke geht ins Bett zurück. Der Pfleger muß ihm nur Zeit lassen. Folgt nun einmal der Kranke nicht und belästigt andere, so geht er ihm ungezwungen nach, bittet ihn ins Bett zu kommen, versucht den Kranken freundlich, ungezwungen, kameradschaftlich in den Arm zu nehmen bezw. seinen Arm um ihn zu schlingen, läßt ihn aber, wenn er hiervon unangenehm berührt wird, los und von selbst ins Bett gehen, und wenn er blitzig wird, so muß der Pfleger

[e]rst recht Ruhe bewahren und alles nach Kommandieren Riechende unterlassen, dann legt sich die Blitzigkeit wieder; neigt der Kranke dazu, blitzig zu werden, so treten zwei Pfleger auf ihn zu und fordern ihn ruhig auf, ins Bett zu gehen. Der Pfleger darf auch nicht immer in Sorge schweben, der sein Bett verlassende Kranke habe vor, etwa eine Scheibe einzuschlagen. Hat der Kranke ihm zu einer solchen Annahme keine Veranlassung geboten und geht einmal ans Fenster, um hinauszuschauen, so lasse er ihn nur ruhig hinausschauen und bitte ihn erst nach einer Weile, wenn der Kranke, welcher gewöhnlich aus sich wieder ins Bett geht, das nicht tut, wieder ins Bett zu gehen. Droht ein Kranker, welcher sich über etwas aufgeregt hat, z. B. eine Scheibe einzuschlagen, einen Teller zu Boden zu werfen, so ignoriere man seine Worte und seine Gesten, erfülle aber dem Kranken ein berechtigtes Verlangen, einen berechtigten Wunsch, beseitige hiermit die Ursache, welche den Anstoß zur Drohung gab. Hier will ich darauf aufmerksam machen, daß mitunter anscheinend unmotiviert ein Kranker plötzlich eine Fensterscheibe einschlägt, z. B. auf dem Gange zum Klosett, weil er sich über den Pfleger geärgert hat, welcher ihm vorher seinen diesbezüglichen Wunsch nicht erfüllt hatte. Verläßt ein Kranker geärgert das Bett und geht drohend auf eine Scheibe zu, so lasse man es darauf ankommen und den Kranken in Ruhe; die Erregung legt sich mit der Drohung oder auf dem Wege, und scheinbar unbeachtet gelassen, führt der Kranke die nicht ernstlich gemeinte Drohung nicht aus und schlägt nichts ein. Und lieber einmal eine eingeschlagene Scheibe als den Kranken durch Ungeschick weiter reizen. Hat der Kranke bereits früher Scheiben eingeschlagen, so ist es, wenn man merkt, daß er aufgeregt wird und Scheiben einschlagen kann, angebracht, daß die Pfleger ihm scheinbar absichtslos den Weg zum Fenster verlegen Der Kranke wird, zumal wenn zwei Pfleger anwesend sind, bei Achtsamkeit der Pfleger scheinbar absichtslos wie alle Kranke aus Fürsorge im Auge behalten, dann das Scheibeneinschlagen nicht ausführen und so langsamer oder schneller, wenn es auch bereits bei ihm eingewurzelt ist, davon wieder entwöhnt. Hat der Kranke eine Scheibe eingeschlagen, so ist es falsch, ihn, um ihn an weiterem Einschlagen zu verhindern, anzufassen, da es keinen Zweck hat; die Erregung ist hiermit verpufft und abgetan und wird durch das Fassen wieder angefacht. Nur wenn der Kranke, in starke Erregung versetzt, einen Schuh, einen Stuhl ergriffen und eine Scheibe nach der andern einzuschlagen und zu demolieren versucht, ist es erforderlich, zu mehreren ruhig auf ihn zuzutreten und ihn erforderlichenfalls anzufassen. Das ruhige Hinzutreten genügt aber. Hin und wieder wirft ein Kranker geärgert oder bei Mißstimmung noch einmal einen Teller, eine Tasse zu Boden, da er sich angewöhnt hatte, so zu reagieren. Das schleißt sich mit freundlichem Umgang und scheinbarem Nichtbeachten aus. Ich will ein Beispiel erzählen. Eine maniakalische Kranke hatte sich in unruhiger und unfreundlicher Umgebung angewöhnt, Scheiben einzuschlagen, nach dem Essen jedesmal ihren Teller wegzuschmeißen, bekam regelmäßig danach eine Einspritzung, ließ es — und zwar eben deswegen, sie bewertete die Einspritzung als Strafe — nicht sein. Ich lernte die Kranke kennen, setzte mich beim Essen zu ihr aufs Bett, plauderte freundlich mit ihr und anderen; die Kranke macht eine Bewegung, als wolle sie den Teller wegwerfen; ich beachte es nicht; sie tut es nicht, steht auf, geht gegens Fenster, hebt die Faust, als wolle sie es einschlagen; ich beachte es nicht, plaudere weiter; die Kranke schlug die Scheibe nicht ein, ging wieder ins Bett und zerstörte seitdem nichts mehr.

Nun treffen wir bei unseren Kranken ein Verhalten, in welchem sie uns mit drohenden Worten, drohender Haltung, drohenden Gesten entgegentreten, je ruhiger und friedlicher unter freundlichem Umgang der allgemeine Ton wird, um so seltener.

(Schluß folgt.)

Aus der Universitätsfrauenklinik Zürich.

Beiträge zur Kenntnis der Hyperemesis gravidarum.

Von *E. Hermann Müller.*

(Fortsetzung von diesem Artikel folgt in nächster Nummer.)

Mitteilungen.

— **XV. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie zu Danzig** am 29. Juni 1908. — (Kurzer Bericht.) Referenten: Mercklin und Tomaschny.

Anwesend 35 Teilnehmer, Vorsitzender Mercklin, Schriftführer Tomaschny.

1. Vorsitzender eröffnet die Sitzung und gedenkt des verstorbenen Mitgliedes Kreisarzt Heise-Kulm, dessen Andenken die Anwesenden durch Erheben von den Sitzen ehren.

2. Zu Geschäftsführern für 1909 werden Dubbers-Allenberg und Rabbas-Neustadt in Westpr. gewählt. Versammlungsort wiederum Danzig.

3. Vorsitzender erstattet den Kassenbericht.

4. Als Referatthema für die nächste Versammlung wird auf Antrag von Meyer-Königsberg gewählt: „Die körperlichen Erscheinungen bei Dementia praecox." Zu Referenten werden Meyer-Königsberg und Tomaschny-Treptow bestimmt.

5. Die Versammlung beschließt die Absendung eines Glückwunschtelegrammes an Geh. Rat Krömer-Conradstein, der am 1. Juli das 25jährige Jubiläum seiner Tätigkeit als Anstaltsdirektor feiert. Siemens-Lauenburg dankt für die Glückwünsche, die er aus gleicher Veranlassung am 1. April d. Js. erhalten hat.

6. Der Vorsitzende verliest ein Antwortschreiben des Landeshauptmanns der Provinz Westpreußen, der für eine an ihn ergangene Einladung zur Sitzung dankt, und eine Zuschrift des Professor Schultze-Greifswald.

7. Mayer-Königsberg berichtet außerhalb der Tagesordnung über eine 35jährige Frau, die nach eitriger Mandelentzündung mit zunächst fieberhafter Psychose unter dem Bilde der Amentia in seine Klinik kam. Im Blute sehr zahlreiche Staphylokokken. Na-Cl-Infusionen, außerdem einige Tage später Collargol 1,0:100,0 p. os bezw. p. klysma. Seitdem fortschreitende körperliche Besserung. Zurzeit, dreizehn Tage nach der Aufnahme, noch unklar, spricht wenig, wird mit der Sonde genährt. Erwähnenswert sind Stereotypien, ferner aphasische Störungen, hier offenbar psychisch bedingt, ferner negativer Liquorbefund gegenüber dem positiven Blutbefund, wobei Meyer die Wichtigkeit der Blutuntersuchung betont, endlich die anscheinend günstige Wirkung des Collargols, das vielleicht auch sonst bei Amentia, Delirium acutum etc. infektiöser oder toxischer Herkunft versucht werden sollte.

8. Herse-Schwetz demonstriert Gehirn und Schädel einer 54jährigen, an Lungentuberkulose gestorbenen Mikrozephalin. (Wird ausführlich veröffentlicht werden.)

9. Referat: Einweisung, Festhaltung und Entlassung von gemeingefährlichen bezw. nach § 51 St. G. B. freigesprochenen Geisteskranken in Anstalten.

a) Referent Stoltenhoff-Kortau betont die unleidlichen Verhältnisse, die durch Anhäufung geisteskranker Verbrecher und nach § 51 St. G. B. freigesprochener Individuen in den Provinzial-Irrenanstalten geschaffen werden. Er bespricht die bekannten Ministerialerlasse, die Schwierigkeiten bei der Entlassung derartiger Individuen und betont die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung der ganzen Frage ähnlich wie sie in Frankreich und England gelöst bezw. in der Lösung begriffen ist. Für die Entlassenen sind Stellen zu schaffen, wo ihnen Arbeit, Schutz vor Rückfall und eventl. Unterstützung zuteil wird. In dieser Beziehung wirkt in Ostpreußen sehr segensreich ein Verein — Alkohol-Wohlfahrtsstelle — in Königsberg. Dieser unternimmt es, für die zu entlassenden Alkoholiker, auch Kriminelle, einzutreten.

b) Referent Puppe-Königsberg begründet, indem er auf die praktischen Verhältnisse eingeht, ausführlich die von beiden Referenten zur Abstimmung vorgelegten, in der Versammlung zirkulierenden Thesen. Er bespricht: 1. den Begriff der Gemeingefährlichkeit, 2. die Handhabung der bestehenden Bestimmungen in der Praxis, 3. Abänderungsvorschläge, 4. die Art der Anstaltsverwahrung. Hierbei befürwortet er ein gemischtes System, welches sowohl Strafanstaltsadnexe als auch die ordentlichen Irrenanstalten bei der Verwahrung gemeingefährlicher Geisteskranker berücksichtigt. Es empfiehlt sich prinzipiell zunächst die Einweisung in Strafanstaltsadnexe, welche zweifellos als Krankenhäuser mit Einrichtungen zur Beschäftigung der internierten Kranken auszustatten sind. Ist eine Besserung eingetreten und hier die Entlassung der Eingewiesenen beabsichtigt, so können die Geisteskranken bezw. geisteskrank Gewesenen als Rekonvaleszenten in die Provinzialanstalten als Durchgangsstation verlegt werden, während die Trinker in Trinkerheilanstalten kommen. Hinsichtlich der Trinkerheilanstalten wurde bis jetzt wenig den praktischen Bedürfnissen entsprochen. Ausschließliche Kriminalirrenanstalten sind ebenso unerfreulich für Ärzte wie für Patienten, während bei dem vorgeschlagenen Verfahren die Aussicht, in eine Provinzialanstalt zu kommen, für die Betreffenden auch vom psychiatrischen Standpunkte aus ein angemessener Reiz ist. Die Schaffung der vom Referenten empfohlenen gesetzlichen Bestimmungen erscheint als ein notwendiges Korrelat zu den Bestimmungen des § 51 St. G. B. und § 203 St. P. O.

Nach eingehender Diskussion, an welcher sich Steinert, Meyer, Siemens, Puppe, Seemann, Deutsch, von Seidlitz, Luther, Mercklin beteiligen, nimmt die Versammlung die folgenden Leitsätze an:

I.

Gemeingefährlichkeit kann nur unter Berücksichtigung aller Einzelheiten des Falles als vorliegend anerkannt werden. Eine für alle Fälle passende Definition zu liefern ist unmöglich.

II.

Die Einweisung von Personen, bei welchen auf Grund des § 203 St. P. O. das Verfahren eingestellt ist oder die auf Grund des § 51 St. G. B. freige-

sprochen sind, sowie auch solcher, bei denen das Hauptverfahren wegen Geisteskrankheit gemäß § 196, 202 Str. P. O. gar nicht eröffnet, sondern die außer Verfolgung gesetzt wurden, in öffentliche Irrenanstalten bedarf unter gleichzeitiger Prüfung der Tatfrage gesetzlicher Regelung.

III.

Das die Einstellung oder Freisprechung anordnende Gericht hat unter Zuziehung der psychiatrisch vorgebildeten Sachverständigen in jedem Falle zu prüfen, ob eine Einweisung stattzufinden hat.

IV.

Eine Zeitdauer der Einweisung und Verwahrung ist nicht auszusprechen.

V.

Es bedarf jedesmal eines Gerichtsbeschlusses, daß Gemeingefährlichkeit nicht mehr vorliegt.

VI.

Bei jeder Entscheidung des erkennenden Gerichts, daß Gemeingefährlichkeit vorliegt bezw. nicht bezw. nicht mehr vorliegt, ist eine Beschwerde an eine höhere Instanz zulässig.

VII.

Geisteskrank gewordenen Verbrechern kann die in Irrenanstalten verbrachte Zeit auf die Strafzeit angerechnet werden.

VIII.

Grundsätzlich ist die Forderung aufzustellen, daß der Staat die Sorge für die gemeingefährlich erklärten kriminellen Geisteskranken übernimmt und dieselben zunächst in besonderen Anstalten unterbringt; in geeigneten Fällen empfiehlt sich aber die spätere Unterbringung in einer ordentlichen Irrenanstalt (Provinzialanstalt und dergleichen), zumal wenn eine Entlassung des Betreffenden in Frage kommen soll.

Die Versammlung beschließt, die Leitsätze den in Betracht kommenden Staatsbehörden (Ministerium des Innern, der Justiz usw.) zu übermitteln.

10. Tomaschny-Treptow: „Der Kopfschmerz bei der Dementia praecox." Er führt aus, daß der Kopfschmerz ein sehr häufiges Symptom nicht nur im Beginn, sondern auch im Verlauf der Dementia praecox sei. Unter Vorführung von Krankengeschichten wird das Verhalten des Kopfschmerzes geschildert, welches im wesentlichen ein remittierendes und exazerbierendes ist. Der Kopfschmerz kommt und geht mit den katatonischen Erregungszuständen. Auch die Tatsache des Kopfschmerzes kann dahin verwertet werden, daß die Dementia praecox ein auf einer Selbstvergiftung beruhender Krankheitsprozeß ist.

11. A. Wallenberg-Danzig: Die Bedeutung der Haubenkommissur der Flocculi. Anläßlich seiner Versuche, den frontalen sensiblen Trigeminuskern zu zerstören, hat Vortr. ein Kommissurenbündel zwischen den Flocculi zur Degeneration gebracht, das den gleichen Verlauf (hufeisenförmiger, spinalwärts offener Bogen) besitzt wie das von von Bechterew entdeckte ventrale Bindearmbündel, welches v. B. als Kommissur der von ihm beschriebenen Vestibulariskerne ansah. Ob das Bündel in dem zentralen Kerne des Flocculus oder in dessen dorso-medialer Fortsetzung seinen Ursprung besitzt, muß dahingestellt werden. Sicher ist aber seine Endigung in der gekreuzten Flocculus-Rinde. Durch die Dicke seiner Fasern und frühzeitige Markreifung ist es als ontogenetisch altes System charakterisiert, und da ein gleiches Bündel auch bei niederen Vertebralen vom Vortr. beobachtet werden konnte, muß es auch phylogenetisch als eine der ältesten Hirnstammfaserungen bezeichnet werden. Die durch diese Kommissurenbündel verbundenen Flocculi sind wie die homologen Kleinhirnteile niederer Vertebralen ebenfalls ein phylogenetisch alter Besitz. Die von Bolk nachgewiesenen Beziehungen der verschiedenen Kleinhirnabschnitte zu den einzelnen Muskelprovinzen des Körpers treffen für die Flocculi anscheinend nicht zu. Diese besitzen vielmehr lange Verbindungen mit den Endstätten beider Wurzeln des Nervus octavus, bei Säugern speziell auch mit dem Nucleus ventralis cochlearis (Cramer). Es läßt sich bei Katzen ein ganz allmählicher Übergang der Körnerschicht der Flocculus-Rinde in den Nucl. ventr. cochl. darstellen. Die Commissura floculi tegmentalis verbindet also bei Säugern Kleinhirnteile, die wie bei niederen Vertebralen als übergeordnete Zentren des gemeinsamen Nerv. VIII gelten können und gleichzeitig durch Eindruck vom Vestibularis und Cochlearis erregt werden. Die Frage nach der Natur dieser gemeinsamen, gewissermaßen undifferenzierten Oktavus-Erregungen ist noch nicht geklärt.

12. Die Vorträge von Lauschner-Treptow (Beitrag zu einer Pflegerfrage) und Mercklin-Treptow (Paranoiafragen) mußten wegen vorgerückter Zeit ausfallen.

— **Rheinische Volksheilstätte für Nervenkranke Roderbirken.** Die unter Leitung von Dr. Beyer stehende „Volksheilstätte für weibliche Nervenkranke" Roderbirken bei Leichlingen ist von der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz käuflich übernommen worden und wird beträchtlich erweitert. Das angrenzende Gut Roderhof mit ca. 430 Morgen, wovon ein großer Teil prächtiger Buchenhochwald, ist hinzugekauft, so daß das ganze Gebiet etwa 530 Morgen umfassen wird. Zunächst ist die Erbauung und Angliederung einer Abteilung für 100—120 männliche Nervenkranke in Aussicht genommen. Die Gesellschaft m. b. H. „Rheinische Volksheilstätten für Nervenkranke" wird bestehen bleiben und im Sinne ihrer Satzungen weiter wirken.

Referate.

— Georges Manolescu und seine Memoiren. Von Dr. Erich Wulffen. Verlag bei Dr. P. Langenscheidt, Berlin-Großlichterfelde-Ost.

Die Schrift Wulffens enthält auf Grund der Memoiren des bekannten ehemaligen Hochstaplers und Hoteldiebes Manolescu und auf Grund vergleichender, eingehender Studien der ergangenen Gerichtsakten eine psycho- und psychopathologische Studie dieses Menschen. M., von einem auffälligen Vater und einer sehr jungen Mutter stammend, war in der

Jugend ernst, launenhaft; mit zunehmendem Alter entwickelte sich bei ihm eine blühende Phantasie; er gefiel sich in gewaltigen Renommistereien, beging kleine Diebstähle, um schließlich später triebartig, nur beseelt von dem glühenden Wunsche, unermeßlich reich zu werden, die gewagtesten und größten Hoteldiebstähle auszuführen. Dabei war er bar jeden Gefühls dafür, daß er seiner Familie Schande mache, daß er Unrecht tue; er verteidigte vielmehr seine Verbrechen damit: „Dem Reichen habe doch sein Handeln nichts geschadet!" Wie so viele Degenerierte machte M. auch akute psychotische Zustände durch, die z. T. manische Allüren zeigen. Eigenartig berührt sein Ende. Durch seine zweite Verheiratung kommt er plötzlich auf ehrliche Weise — seine Frau kannte sein Vorleben — in den Besitz unermeßlicher Reichtümer. Aber trotzdem wäre er wohl wieder zum Verbrecher geworden, wenn ihn nicht die Natur durch eine unheilvolle Krankheit, der er später erlag, seines rechten Armes beraubt hätte; dadurch verlor das minderwertige, zum Verbrechen neigende Gehirn M.s seinen physischen Helfershelfer, der willfährig seinen Impulsen gefolgt war.

Betrachten wir M. klinisch, so dürfte er unter das Bild der moralischen Imbezillität, wie sie uns Longard durch klare Beispiele in seiner Arbeit: Über Moral insanity (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten, 43. B. 1907) erläutert, zu zählen sein.

Heinicke-Waldheim.

— Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. Herausgegeben von Robert Sommer, Dr. med. et phil., o. Prof. an der Universität Gießen. I. Bd., 4. Heft. Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Auf die in dem Heft enthaltenen Arbeiten näher einzugehen, verbietet der einem Referat zur Verfügung stehende geringe Raum. Ref. muß sich deshalb auf die Inhaltsangabe beschränken: Ebstein-Göttingen beginnt mit drei durch Krankengeschichten erläuterten Arbeiten. Die erste ist ein Beitrag zur Lokalisation an der Gehirnoberfläche; die zweite Arbeit behandelt einen wahrscheinlich im Anschluß an eine Influenza entstandenen und in Heilung übergegangenen Fall von Myelitis acuta. Die dritte Arbeit betitelt sich: Einige Bemerkungen zur Behandlung der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Gerhardt-Jena behandelt die Differentialdiagnose der nervösen Herzstörungen, Laquer-Frankfurt schreibt die Fortsetzung seiner die wichtige Frage der ärztlichen und erziehlichen Behandlung von Schwachsinnigen (Debilen und Imbezillen) in Schulen und Anstalten und ihre weitere Versorgung behandelnden Arbeit. Vogt-Langenhagen beschäftigt sich mit der mongoloiden Idiotie.

Heinicke-Waldheim.

— Mongeri: Patologia speciale delle malattie mentali etc. Milano, Haepli, 1907. 261 S. 3,60 Lire.

Ein sehr geschickt abgefaßter, kurzer Leitfaden der Psychiatrie mit guter Berücksichtigung der Therapie und forensen Psychiatrie. Die Nomenklatur ist die der italienischen Autoren, ebenso manche eigentümliche Ansicht. So spielt z. B. die Insuffizienz der Leber bei der Genese eine große Rolle. Die Syphilis kann Paralyse nur erzeugen, wo das Nervengewebe glykogenarm ist, daher als Therapie Glykogen verabreicht wird. Die prolongierten warmen Bäder werden nicht gelobt, öfter Erregte mit Zwang an das Bett gefesselt! Die Darmdesinfektion spielt eine große Rolle usw. Für einen Leitfaden ist die Literaturangabe reichlich, aber lange nicht vollständig und am wenigsten berücksichtigt ist die deutsche. Im ganzen aber ist das Büchlein entschieden empfehlenswert.

Dr. P. Näcke.

— Fifty-ninth Annual Report of the Board of Trustees and Superintendent of the Central Indiana Hospital for Insane at Indianopolis Indiana for the Fiscal year ending. September 30., 1907.

	M.	Fr.	Zus.
Es waren am 1. Okt. 06 in Behandlung . . .	877	1099	1976
Aufgenommen wurden . .	222	160	382
	1099	1259	2358
Entlassen wurden als:			
geheilt	61	52	113
gebessert	53	26	79
ungebessert	13	1	14
gestorben	63	54	117
	190	133	323
Es verblieben also am 1. Okt. 07 in Behandlung . .	909	1126	2035.

4,707% der Verpflegten wurden geheilt. Die tägliche Durchschnittszahl der Verpflegten betrug 1 837 995. Von den 382 Aufgenommenen waren 80 Wiederaufnahmen.

Der normale Belagraum beträgt 1605 Betten. Es bestand, trotzdem die Geistessiechen nach Möglichkeit abgegeben wurden, ein Überbelag von 143 Betten.

Für die Behandlung der Kranken wurden 278326,08 Dollars verausgabt oder 151,42 Dollars per Kopf und Jahr.

Auch der diesjährige Bericht enthält eine ausführliche Abhandlung des pathologischen Anatomen der Anstalt und ein Verzeichnis der in der Anstalt gelesenen Kurse der Professoren vom Medical College of Indiana: E. G. Reyer, A. E. Sterne, der Professoren Hutchins und Todd of the Indiana University School of Medicine, des Prof. E. H. Lindley von der Universität von Indiana und des Pathologen der Anstalt Charles C. Manger.

Zahlreiche gut gearbeitete statistische Tabellen beschließen den Bericht. Dr. Anton Hockauf.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 22. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Geh Med.-Rat, Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Mons (Belgien). Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Wien. Prof. Dr. **Ernst Schultze**. Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der Provinzialheilanstalt für evgl. Geisteskranke zu **Lengerich i. W.** ist die Stelle eines

Abteilungsarztes

neu zu besetzen. Gehalt 3300 bis 5000 M. jährlich nebst freier Wohnung (ev. Familienwohnung oder statt derselben Mietsentschädigung). Die Anstellung mit Pensionsberechtigung erfolgt nach ½ jähriger Probedienstzeit.

Bewerber, welche im Anstaltsdienst erfahren sind, wollen ihr Gesuch nebst Lebenslauf und Zeugnissen einreichen bei dem Direktor **Dr. Schaefer,**
Sanitätsrat.

In der Provinzialheilanstalt für Kranke katholischer Konfession der Provinz Westfalen zu **Niedermarsberg** (Station der Bahnstrecke Cassel-Arnsberg) ist die Stelle eines

Assistenzarztes

neu zu besetzen.

Gehalt neben freier Station I. Klasse im ersten Jahre 1800 M., im zweiten Jahre 2000 M., im dritten Jahre 2200 M. Danach bei guter Bewährung pensionsberechtigte Anstellung als Abteilungsarzt mit einem Anfangsgehalt von 3300 M., steigend bis zu 5000 M. neben freier Wohnung für Unverheiratete, für Verheiratete freie Familienwohnung mit Garten oder 450 M. Wohnungsgeld.

Meldungen nebst Zeugnisse und Lebenslauf werden erbeten an die Direktion.

An der städtischen Irrenanstalt zu **Frankfurt a. M.** ist am 1. Oktober ds. Js. eine

Assistenzarzt-Stelle

zu besetzen. Bareinkommen im ersten Jahre 1680 M., im zweiten Jahr 1980 M. pro Jahr, dabei freie Station I. Klasse. Meldungen sind zu richten an den Direktor Professor Dr. **Sioli,** Frankfurt a. M.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 22. 22. August 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Noch einmal: Die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt.

Von Direktor Dr. *Scholz*-Obrawalde.

Wie die Herren Friedländer*) und Försterling**), so hat nun auch Herr Professor Alt meinen Aufsatz über die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt angegriffen, und zwar vor der Jahresversammlung der deutschen Irrenärzte***). Da seine Ausführungen dort unwidersprochen geblieben sind, kann ich nicht schweigen und ergreife also noch einmal das Wort.

Zunächst: wie war mein Artikel entstanden?

Publikum und Behörden, beunruhigt durch die rasche Zunahme der Irren und Irrenanstalten, suchen nach Mitteln wirksamer Abhilfe. Sie fragen: sind wir ganz machtlos gegen dieses Anschwellen der Krankenzahl? Jahr um Jahr muß eine Anstalt nach der andern gebaut werden und ein Ende ist nicht abzusehen. Auch meine Behörde beschäftigt sich mit dieser Frage. Dabei fällt ihr auf, daß von den Posener Provinzialanstalten „so wenig Irre als heilbar bezeichnet werden". Ließe sich hier, so sagt sie sich, nicht eingreifen? Die Irrenärzte behaupten ja, daß frisch Erkrankte um so sicherer vor dem Verfall in chronisches Siechtum bewahrt bleiben, je eher sie in zweckmäßige Behandlung kommen, und sie stützen diese ihre Ansicht nicht zum wenigsten auf die günstigen Heilungsziffern jener Anstalten, die wie die Universitätskliniken und städtischen Asyle ihre Kranken rasch und ohne lange Formalitäten aufzunehmen in der Lage sind.

Nun werde ich zum Bericht aufgefordert. Ich schreibe, es sei „immer noch nicht ganz ausgemacht, ob eine Psychose unter Anstaltsbehandlung mehr Aussicht auf Genesung biete als ohne solche". Und im Anschluß daran setze ich auseinander, wie sich die besseren Heilresultate der Kliniken auf andere Weise erklären ließen, nämlich durch die höchst simple Tatsache, daß diesen Anstalten „zahlreiche heilbare Fälle" zugeführt würden, die den Provinzialanstalten entgingen. Es gebe eine Reihe von Psychosen, in deren Natur die Tendenz zu rascher Genesung liege, und diese bekämen die ländlichen Anstalten mit ihrem umständlicheren Aufnahme- und Transportverfahren nur in kleinerer Anzahl zu sehen.

Das war der Inhalt meines Berichts. Jetzt spinne ich diesen Gedanken in einem psychiatrischen Fachblatte weiter aus und komme zu dem Schluß: das Irrenhaus kann Geistesstörungen überhaupt nicht heilen, — Heilung ist nichts anderes als Selbstgenesung. Seine Leistungsfähigkeit beschränkt sich, von der Behandlung interkurrenter Krankheiten abgesehen, auf die Gewährung guter Pflege und den Schutz vor Gefahren; das Leben wird durch die akute Psychose selbst, durch die akute Gehirnkrankheit, nur selten gefährdet: wo es indes einmal der Fall, da mag vielleicht die Anstaltspflege der häuslichen Behandlung überlegen sein.

Das habe ich geschrieben und dabei bleibe ich auch heute. Nun wollen wir sehen, ob meine Gegner mich treffen können.

Der Begriff der Heilung hat zwei Gegensätze: 1. den Übergang in chronisches Leiden und 2. den Tod. Wenn man von heilbaren und unheilbaren Irren spricht, denkt man zunächst an den ersten Gegensatz. Alle machen es so, auch wir Irrenärzte (Anstalten für „Unheilbare", d. h. für chronische Kranke, für Pfleglinge). Dies war offenbar auch die Meinung der Behörde und drum der springende Punkt meiner Erwiderung. In der Tat liegt hier ja das eigentliche Problem für das Anwachsen der Irrenanstalten — Tote bevölkern die Häuser nicht —, vielleicht auch das theoretisch interessantere, gipfelnd in der Frage,

*) Psychiatr.-Neurol. Wochenschrift 1907, S. 189.

**) Ebenda 1907, S. 197.

***) Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie 1908, S. 440. — Neurologisches Zentralblatt 1908, S. 706.

ob wir einen beginnenden pathologischen Hirnprozeß durch unsere Behandlung hindern können, chronischen Verlauf zu nehmen.

Der zweite Gegensatz zur Heilung ist der Tod. Daß ein akut Geisteskranker direkt an seinem Hirnleiden (also nicht durch Unglücksfall oder an komplizierender somatischer Krankheit) sterben kann, weiß ich, bezweifle aber erstens, daß es häufig vorkommt, und zweitens, daß wir daran etwas ändern können, vielleicht von ganz seltenen Ausnahmen abgesehen. Was für akute lebenbedrohende Hirnprozesse kennen wir? Zunächst die akute tuberkulöse und eitrige Meningitis, den Gehirnabszeß und meinetwegen noch die Gehirnblutung, — alles Krankheiten, die wir nicht zu den Geistesstörungen rechnen und die sich daher nur selten in unsere Anstalten verirren. Sie scheiden also für die Betrachtung aus. Sodann die Psychosen, die ich als Delirium acutum zusammenfassen will. Ihrem Wesen und Ursprung nach stecken sie voller Rätsel, und der Begriff ist mehr symptomatisch als klinisch. Früher galten sie für absolut tödliche Leiden, und jedenfalls sind sie prognostisch sehr infaust. Sollte es aber doch Genesungen geben, so müßte zunächst nachgewiesen werden, wieviel des Verdienstes an dem glücklichen Ausgang der Therapie gebühre.

Wieviel des Verdienstes? Lehrreich ist da ein Aufsatz von Reichardt „Über Todesfälle bei funktionellen Psychosen"*). Er legt uns so recht unsere therapeutische Machtlosigkeit klar, indem er zeigt, wie wenig Genesung und Tod von jenen Bedingungen abhängen, die zu beeinflussen in unsere Hand gegeben ist, vor allem von Inanition und Kräftehebung. Einige dieser „akuten Deliranten" sinken vor ihrem Tode bis zu den äußersten Grenzen körperlichen Verfalles herab, andere zeigen keine Spuren von Inanition und sterben doch. Einzelne wenige genesen vielleicht auch. Warum das alles so ist, wissen wir nicht. Wird uns deshalb ein erschöpfter, fiebernder Deliriöser gebracht und gesundet er dann, so wäre wahrlich die Behauptung kühn, es sei unsere Therapie gewesen, die ihn am Leben erhalten. Kann sein — kann auch nicht sein, Reichardts Aufsatz sollte uns zur Vorsicht mahnen.

Da steckt überhaupt unser und aller Wissenschaft Fehler: in der allzu großen Bereitschaft, das post hoc mit dem propter hoc zu verwechseln. Wo wir tastend und prüfend, kritisch und skeptisch zu Werke gehen sollten, schmieden wir leicht und gern die kausale Kette, wenn es nur unsern Wünschen schmeichelt. So ist es auch mit dieser Verknüpfung der Begriffe Erschöpfung und Tod. Ich habe in Göttingen unter Ludwig Meyer und in Bremen unter meinem Vater, die beide von der künstlichen Ernährung nicht viel wissen wollten, Kranke tage- und selbst wochenlang hungern und aufs äußerste abmagern sehen, ohne daß sie gestorben wären. Das ist mir noch lebhaft im Gedächtnis. Wäre ein solcher dekrepider, erbärmlich aussehender Kranker Herrn Alt von draußen zugeschickt worden, er hätte sicher nicht gezögert, sogleich zu Schlundsonde und Kochsalzlösung zu greifen, und hätte ihn unbedenklich zu den „vielen Dutzenden" gerechnet, die „alljährlich" in den großen Anstalten „in einem Zustand von Erschöpfung eingeliefert werden, der ohne energisches, sachkundiges Eingreifen den alsbaldigen Tod bedingt hätte".

Vorsicht, Vorsicht in den Schlüssen! Und dann auch sonst ein bißchen mehr Reserve. In einem polemischen Aufsatz verzeiht man gern solch kleine Übertreibungen, wie sie der Eifer um die gute Sache mit sich bringt, indessen höre man Herrn Alt: „viele Dutzende" solcher moribund eingelieferter Kranker in jedem Jahr in jeder großen, an Aufnahmen reichen Anstalt! Das ist denn doch ein wenig stark. Ich bin noch einmal ehrlich und gewissenhaft unsere Aufnahmeliste durchgegangen und habe meine Kollegen gebeten, unabhängig von mir dasselbe zu tun. Da haben wir unter den letzten 400 Aufnahmen vier akut Erkrankte gefunden, die recht erschöpft und elend, aber nicht moribund waren. Sie alle sind genesen, aber niemand von uns Ärzten hat den Eindruck gehabt, als wären sie nur „durch energisches, sachkundiges Eingreifen" vom unmittelbar drohenden Tode gerettet worden. Und ich bitte die Herren Kollegen aus der Gegend von Uchtspringe, noch einmal vorurteilsfrei zu prüfen, ob wirklich soviele akute Geisteskranke, wie Herr Alt es darstellt, in ihrer Praxis rasch verstorben sind, „ehe die Aufnahme in die Wege geleitet oder genehmigt war". Und wenn ja, so sollen sie mir sagen, bei wie vielen die Irrenanstalt voraussichtlich noch hätte helfen können, — sollen es sagen unter wissenschaftlich strenger, objektiver Berücksichtigung der ihnen vielleicht selbst noch nicht geläufigen Erfahrungstatsachen, über die ich gesprochen habe. Und Herr Alt soll zur besseren Illustrierung die Fälle hinzufügen, die ohne Kräfteverfall in der Anstalt an akuten Delirien gestorben sind. Erst dann haben wir ein leidlich brauchbares statistisches Material, mit dem sich etwas anfangen läßt. Es gibt doch in der Provinz Hannover, in Bremen, in der Rheinprovinz und in Posen, den

*) Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1905, Seite 1.

vier Gegenden, über die ich sprechen kann, nicht andere Kranke als in Sachsen, und unsere hiesigen Landärzte, mit denen ich persönlich verkehre und regelmäßigen wissenschaftlichen Umgang in unserem Ärzteverein pflege, stehen hinter denen der Uchtspringer Gegend doch wohl nicht zurück. Warum lauten ihre Erfahrungen nicht so, — ihre Erfahrungen, gewonnen hier in unseren teilweis blutarmen und kulturell zurückgebliebenen polnischen Dörfern und Flecken? Und ich bin in Waldbröl, einem versteckt gelegenen kleinen Nest, mit einem sehr beschäftigten Landarzt befreundet gewesen, mit einem Arzt, der meilenweit herumkam, der Land und Leute wie kein zweiter kannte und der von Psychiatrie auch etwas verstand, weil er früher Assistent an einer Irrenanstalt gewesen, — auch er hat mir nie etwas erzählt von den angeblich so zahlreichen Irren, die draußen an akuten Psychosen elend zugrunde gehen, weil sie der Anstaltspflege entbehren. Er hat nichts davon erzählt, weil sie nicht existieren, wenigstens entfernt nicht in dem Maße, wie es das trostlose Bild, das Herrn Alts Kollegen entwerfen, darstellt. Gerade in Waldbröl habe ich mannigfache Gelegenheit gehabt, „Psychiatrie außerhalb der Anstalt" zu treiben. Mir sind aus jener Zeit eigentlich nur zwei Fälle von „akutem Delirium" bei Erwachsenen in Erinnerung. Ich diagnostizierte damals akute Zerebrospinalmeningitis, ob mit Recht, weiß ich nicht; beide starben, – aber nicht aus Mangel an Pflege. In die Irrenanstalt hätten sie nicht hineingehört, und wenn doch, so hätte diese sie auch nicht retten können.

Im übrigen, wozu der Lärm? Ich habe geschrieben: „Wir wissen nicht recht, ob ein akuter Geisteskranker an seiner anatomischen Gehirnstörung (also abgesehen von interkurrenten Krankheiten und Unglücksfällen) sterben kann. Sollte das zutreffen, so mag vielleicht (vielleicht!) eine gute Anstaltspflege eher lebensrettend wirken als die häusliche Behandlung." Ich gebe also die Überlegenheit der Anstaltsbehandlung über die häusliche zu, freilich nur bedingt, denn ich weiß nicht, warum eine zweckmäßige Behandlung daheim ohne weiteres weniger wert sein soll als die in der Anstalt. Ich meine, mit diesem Zugeständnis könnte man sich wohl zufrieden geben.

Woran kann der akut Erkrankte noch sonst zugrunde gehen als an seiner Hirnstörung? Durch Unglücksfälle und an somatischen Leiden. Beides hat mit meinem Thema, wie weit die Irrenanstalt Geisteskranke heile, nichts zu schaffen. Wenn ich einen Geistesgestörten vor dem beabsichtigten Selbstmord oder vor einem ihm drohenden Unglück bewahre, so tue ich zweifellos ein gutes Werk, a9b Therapie treibe ich nicht. Genest der Melancholiker, wenn ich ihn verhindere, zum Fenster hinauszuspringen? Heilt der Polizist den Deliranten, dem er das Messer aus der Hand windet? Unter Krankheit verstehen wir eine Störung der physiologischen Funktionen, unter Geisteskrankheit eine Störung der Gehirnfunktion, unter (aktiver) Heilung eines Geisteskranken die Beseitigung dieser Funktionsstörung des Gehirns. Diese Begriffe wollen wir nicht verwischen. Man wird es der Irrenanstalt zum Verdienste zählen, wenn sie Unglück verhütet, aber man hat nicht das Recht, es ihr auf das Konto geleisteter Therapie zu schreiben.

Ähnlich steht es mit der Behandlung der Komplikationen und interkurrenten Krankheiten. Wird der Delirant gesund schon dadurch, daß ich ihm eine lebenbedrohende Pneumonie überstehen helfe oder seinen verfetteten Herzmuskel über die bösen Tage hinwegbringe? „Mit Verlaub", so etwa würde der Nichtpsychiater sagen, „Ihr Irrenärzte zählt mir vor, wieviel Eurer Irren Ihr vom Tode an Lungenentzündung und Herzschwäche gerettet habt und weist darauf hin, wie die Sterblichkeit bei Epileptikern und Deliranten sinkt. Schön und verdienstvoll, — nur daß es wiederum nichts mit meiner Frage zu tun hat. Ich will nicht wissen, ob Ihr die Funktionsstörung der Lungen und des Herzens und der Nieren wirksam bekämpfen könnt, sondern ob die des Gehirns, — mit anderen Worten, mich interessiert, was Ihr in der Psychiatrie und nicht, was Ihr in der inneren Medizin leistet. Herzschwäche und Lungenentzündung gehören doch nicht zu den notwendigen Begleiterscheinungen eines Deliriums. Sprecht mir also nicht von Komplikationen, die eintreten können, aber nicht müssen, sprecht mir von den akuten Geisteskrankheiten selbst. Sagt mir, ob diese allein schon lebensgefährlich sind, etwa wie die akute tuberkulöse Meningitis, an der auch Kranke mit gesunden Herzen und Lungen zugrunde gehen, und erst dann, wenn Ihr dies bejahen könnt, antwortet mir, ob nun die Irrenanstalt solche Kranke vor dem sonst sicheren und unausbleiblichen Tode zu retten vermag. Erst dann erkenne ich, was Ihr modernen Psychiater leistet, ich erkenne, daß Ihr nicht bloß dabei steht, abwartend, ob bei der Heilung einer zufälligen körperlichen Erkrankung, die Ihr behandelt, auch das Gehirn vielleicht gesunde, sondern ich sehe, daß Ihr Mittel gefunden habt, den Naturlauf des Hirnprozesses nicht gehen zu lassen, wie er geht, sondern also umgestaltend auf ihn einzuwirken, daß er einen anderen Weg nimmt als den, den er ursprünglich eingeschlagen."

Ich wende mich nun zu der Hauptsache: wird die Zahl der Ungeheilten, in diesem Falle also die der chronisch Kranken, der „sekundär Schwachsinnigen" und Verblödenden sinken, wenn die frisch Erkrankten möglichst rasch in Anstaltspflege kommen? Wird die Krankheitsdauer zurückgehen? Und damit das Wachstum der Irrenanstalten? Wird in Zukunft ein wenigstens bescheidener Teil derer, die jetzt ihr trostloses Leben in den Irrenhäusern dahindämmern, seinen Angehörigen gesund und arbeitskräftig zurückgegeben werden?

Herr Alt bemängelt meine Neigung zum Theoretisieren. „Sein Standpunkt ist durch seine Theorie unerschütterlich gefestigt" („seine Theorie" gesperrt gedruckt). In dieser Kritik stecken zwei Fehler. Einmal stammt die Theorie, auf die ich mich stütze, nicht von mir, sondern es ist die von der neueren „klinischen" Schule allgemein angenommene, wonach Diagnostik und Prognostik zusammenfallen. Darüber wird nachher noch ein Wort zu sagen sein. Und zweitens war ich, als ich meinen Aufsatz schrieb, gerade besonders stolz darauf, mich zunächst ganz an Tatsachen gehalten zu haben; die theoretischen Betrachtungen, die nachher folgten, sollten nur dazu dienen, diese Tatsachen verständlich zu machen, und hätten zur Not wegbleiben können. Und obwohl ich im Grunde nicht einsehe, warum Theorien von Übel sein sollten, so gebe ich doch zu, daß es immer angenehm ist, sich im Besitze unanfechtbarer Tatsachen zu befinden, zumal wenn ihre Nutzanwendung so wenig Schwierigkeiten bietet, wie in meinem Falle. Leider geht Herr Alt über dieses Tatsachengerüst meines ganzen Aufsatzes schnell hinweg. Er kommt eigentlich nur ein einziges Mal darauf zu sprechen und sucht es unter Hinweis auf eine einzelne Krankheit — pardon: ein einzelnes Krankheitssymptom, den Status epilepticus, ad absurdum zu führen. Und gerade dort nicht ganz mit Glück, denn ich habe immer wieder bereitwillig zugegeben, daß die Irrenanstaltsbehandlung wohl bestimmte Krankheitserscheinungen (Angst, Tobsucht, Krampfanfälle usw.) beseitigen könne, niemals aber Krankheiten selbst. Man heile mir doch einmal einen geisteskranken Epileptiker, aber nicht bloß von seinen Krämpfen, sondern auch von seiner Psychose, und mache einen normalen Menschen aus ihm. Doch das beiseite!

Ich muß also nun noch einmal meine Tatsachen der Reihe nach aufmarschieren lassen. Hier sind sie: 1. ein und derselbe Kranke kann bei ein und derselben Behandlung eine langdauernde oder eine kurzdauernde Geistesstörung durchmachen; 2. er kann bei verschiedenartiger Behandlung annähernd gleich lange Störungen durchmachen; 3. er kann bei schlechter Behandlung eine kurze Störung durchmachen oder bei guter eine lange oder bei schlechter eine lange oder bei guter eine kurze; 4. er kann in der Anstalt vergeblich auf Heilung warten und draußen trotz fehlender Behandlung genesen, doch kann es auch umgekehrt zugehen. Nirgends eine Regel.

Der Schluß liegt nahe: also macht die Behandlung für die Dauer des Krankheitsverlaufes nichts aus. Der Kranke genest von selber, er genest, wenn seine Zeit gekommen ist. Ich beeile mich, hinzuzufügen: ein mathematischer Beweis ist das nicht, aber doch einer, der fast zwingende Wahrscheinlichkeit für sich hat. Ein absolut sicherer Beweis ist eben beim besten Willen nicht möglich, und ein Schelm, wer mehr gibt, als er hat.

Meine Gegner wählen, um mich zu widerlegen, das Beispiel des Trinkerdeliriums. Sehr wohl! — hören wir zu, was Bonhöffer, gewiß einer unserer besten Kenner der akuten Alkoholpsychosen, sagt*): „Eine spezifische Behandlung des ausgebrochenen Deliriums gibt es nicht; man kennt nur eine symptomatische." Er spricht dann über die angeblich deliriumkürzenden Eigenschaften gewisser Medikamente: „Ich habe weder bei Chloral noch bei Paraldehyd noch bei sonst einem Mittel den überzeugenden Eindruck gewonnen, daß es gelänge, das Delirium während seines Verlaufes zu beliebiger Zeit zum Abschluß zu bringen." Später erklärt er, praktisch handele es sich darum, einer vorzeitigen Erschöpfung vorzubeugen, damit das Leben nicht in Gefahr gerate. Also symptomatische Behandlung und Vorbeugung gegen die Folgen einer etwa vorhandenen Herzschwäche, — das Delirium klingt von selber ab, wenn seine Zeit gekommen ist. Ähnlich sagt Ganser**): „Eine Abkürzung des Deliriums durch diese (nämlich die von ihm geübte und vorgeschlagene) Behandlung habe ich nicht nachweisen können." Das ist ganz mein Standpunkt.

Eigentlich könnte ich hier schon meine Entgegnung schließen, wenn nicht Herr Alt selbst als Theoretiker aufträte und folgende, übrigens in der psychiatrischen Literatur bis zum Überdruß wiederholte Betrachtung anstellte: wer die Bedeutung der Ruhe für überreizte Nerven zu ermessen verstehe (und daß ich sie zu ermessen verstünde, bestreitet er nicht), der müsse auch einsehen, daß dadurch für heilbare Geisteskranke günstigere Heilchancen und ein rascherer,

*) Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. — Jena, 1901, S. 112 u. f.

**) Zur Behandlung des Delirium tremens. Münch. med. Wochenschrift, 1907, S. 120.

glatterer Heilverlauf gewährleistet seien. Mit andern Worten, er sagt: Du gibst den symptomatischen Nutzen der Behandlung zu, — nun, wer die Symptome im einzelnen bekämpft, ebnet doch dem Heilbestreben der Natur den Weg. Gönne dem Kranken seine Ruhe, beuge der Krafterschöpfung vor, komme dem willensschwachen Charakter durch vernünftige Psychotherapie und Anleitung zu nützlicher Beschäftigung zu Hilfe, dann schaffst Du jene günstigen Bedingungen, die schließlich zur Genesung führen.

Wie schön hört sich das an! Wenn es nur auch wahr wäre, wenn nur nicht die unbequemen Erfahrungstatsachen so plump in unsere besten Theorien hineingriffen. Was für gewisse Neurosen (vor allem die exogene Neurasthenie) Recht behält, prallt an den Psychosen wirkungslos ab (und warum es so ist, werden wir nachher sehen). Wissen wir denn, ob die Natur den von uns so sanft geebneten Weg benutzt? Ob sie nicht mit ehernem Schritt ihre Pfade geht, eigenwillig und gewaltig und der Mittelchen spottend, mit der wir Zwerge ihr, der Riesin, helfen wollen!

Greifen wir das markanteste, anschaulichste und für die Behandlung scheinbar geeignetste Symptom heraus, die Erschöpfung. Ist es wirklich so, daß wir die mit starker Entkräftung einhergehenden Psychosen vor dem Schicksal der Verblödung bewahren oder (um meine Gegner zu schonen, verlange ich soviel nicht einmal) auch nur rascher heilen können, wenn wir den Kräftezustand heben?

In die Anstalt gelangt jährlich eine ziemlich hohe Ziffer von Patienten, die unter dem Bilde der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit mit Erregung und mehr oder weniger großer Entkräftung erkrankt sind. Ein Teil geht in Schwachsinn über, — trotz der Behandlung, und wir Schlauberger sagen dann durchaus nicht, dieses ungünstige Ende sei unsere Schuld, sondern trösten uns in fröhlichem Optimismus damit, daß die akute Verwirrtheit hier nur das Anfangsstadium einer chronischen Psychose, meinetwegen der Dementia praecox, gewesen sei, und daß wir für den schlimmen Ausgang nichts, wirklich gar nichts könnten. Denn so ist es: den Erfolg reklamieren wir gern für uns und quittieren ihn dankend von dem Genesenen und seinen Angehörigen. Am Mißerfolg dagegen sind nicht wir, sondern die Naturgesetze schuld.

Der übrige Teil wird gesund. Bei diesem müßten doch, soll die Hypothese von der Heilwirkung durch Kräftehebung nicht überhaupt in der Luft schweben, der Kräfteverfall und der geistige Verfall, sowie die Kräfteerneuerung und die geistige Erneuerung einigermaßen Hand in Hand gehen. Das stimmt aber nicht. Wir sehen z. B. bei den Infektionsdelirien keineswegs immer jenen erwarteten Parallelismus zwischen der Schwere der somatischen und psychischen Erkrankung: bei einem leichten Typhus, wo von Kräfteverfall nicht die Rede ist, kann ein Delir ausbrechen, und es kann fehlen bei schwerem Typhus mit enormem Kräfteverlust, ja oft setzt die Psychose erst in der Rekonvaleszenz ein, wenn sich die Kräfte schon gehoben. Nach Siemerling*) treten im Verlauf der Phthise manische Erregungszustände und „Inanitionsdelirien" auf, die wieder schwinden, wenn die Erschöpfung zunimmt. Ich selbst erinnere mich eines solchen Falles. Auch stimmt die allen Psychiatern bekannte Besserung, ja Genesung von psychischen Leiden unter dem Einfluß schwerer fieberhafter Krankheiten mit der Kräftehebungshypothese schlecht überein. Wir wissen ferner, daß die Wochenbettspsychosen gewöhnlich oder doch oft ganz unabhängig von dem Zustand der Wöchnerin ausbrechen, heilen oder auch nicht heilen. Hier wie nach andern Erschöpfungszuständen sind die Kräfte häufig längst wiederhergestellt, nicht aber die durch den Kräfteverfall angeblich unterhaltene Geistesstörung. Und muß es nicht Wunder nehmen, daß Krebskranke im letzten Stadium oder andere dekrepide Kranke keine Erschöpfungsdelirien bekommen? Auch die schweren Formen manischer oder melancholischer Tobsucht mit hohem Kräfteverfall darf ich hier erwähnen: nach der Theorie müßten sie prognostisch ungünstiger sein als die weniger stürmisch verlaufenden, in Wirklichkeit sind sie es nicht und die Genesung setzt, so recht zum Trotz unserer therapeutischen Anschauungen, gewöhnlich zu einer Zeit ein, wo die Kräfte noch stark daniederliegen. Und andererseits tritt bei manchen akut deliriösen Zuständen der Tod ein, ohne daß von Inanition etwas zu finden wäre.

Was folgt daraus? Ich meine doch dies: Die Tendenz zur Genesung läßt sich beim besten Willen nicht in ein solches Verhältnis zur Hebung der Körperkräfte bringen, daß wir Theorien darauf bauen könnten. Was ist überhaupt das Wesen der Erschöpfung? Gibt es echte Erschöpfungspsychosen? Ist Erschöpfung gleich Intoxikation, und wenn ja, schaffen wir das Gift aus dem Nervensystem, dadurch daß wir den Kranken zu Bett legen, gut ernähren und das „überreizte Gehirn ruhig stellen"? Auch hier: es kann sein, es kann nicht sein, es ist eben noch alles in Dunkel gehüllt. Überreizung, Erschöpfung, Ruhe sind anschauliche Begriffe, und ihre Anschaulichkeit verleitet uns, sie für richtig zu nehmen, —

*) Über Psychosen nach akuten und chronischen Infektionskrankheiten. — Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 61, S. 185.

ein verzeihlicher Fehler, aber eben doch ein Fehler. Von Überreizung und Ruhebedürfnis könnte man eher bei dem Neurastheniker sprechen, aber man lege mal so einen in den Irrenhauswachsaal zwischen Melancholische, Paranoiker und Demente, — ob er da genesen würde? Und gerade hieraus, aus dieser verschiedenartigen Wirkung derselben Behandlungsmethode auf den Nervösen und den Psychotischen erkennt man, daß der Gehirnprozeß bei dem einen doch wesentlich anderer Natur sein muß als bei dem andern, und daß es deshalb nicht gerechtfertigt ist, dieselben Theorien von Überreizung, Erschöpfung usw. bei jenem wie bei diesem zu verwenden.

Im übrigen will ich, um meinen Gegnern näher zu kommen und ihnen eine Freude zu bereiten, mit mir reden lassen. Gesetzt, es gelänge wirklich ein oder das andere Mal, die Dauer einer sogen. Erschöpfungspsychose durch gute Behandlung um ein geringes zu kürzen, was hätte dieser kleine Erfolg zu bedeuten gegenüber der Unsumme von Mißerfolgen und angesichts der erdrückend hohen Krankenzahl, der die Therapie in Ohnmacht gegenübersteht? Nehmen wir die Liste unserer Genesenen zur Hand und fragen wir uns, mit jener Unparteilichkeit, ohne die die Wissenschaft vor sich selbst erröten muß, wieviel an uns es lag, an unserm Können, wenn diese einstmals Kranken gesund die Heimat wiedersahen und nicht ihr Lebelang die Säle der Irrenanstalten füllten. Hand aufs Herz, — was müßten wir erwidern?

Wir können auch folgende Betrachtung anstellen. Was für spezifische Heilmethoden sind bis jetzt in der Psychiatrie bekannt? Ich weiß im Augenblick nur die Behandlung der myxödematösen Demenz und vielleicht noch den operativen Eingriff bei ganz vereinzelten traumatischen Psychosen oder bei Hirntumoren zu nennen. Beides sind Verfahren von hohem wissenschaftlichen Werte (das erste vielleicht mit einem hoffnungsreichen Ausblick in die Zukunft), aber für die Verbesserung unserer Heilstatistik bedeuten sie wirklich nichts. Den spärlichen Geheilten stehen ganze Regimenter Ungeheilter gegenüber. Es langt auch nicht, wenn Herr Alt noch seinen Basedow-Fall und den Knappschen Polyneuritis-Fall mit der Salolbehandlung hinzunimmt; ich bin freigebig und will ihm zu jenen noch ein oder den andern schenken. Was soll das alles? Ich hätte mich gar nicht getraut, dieser psychiatrischen Raritäten als der Zeugen unserer therapeutischen Erfolge überhaupt Erwähnung zu tun im Anblick der tausend und abertausende von Irren, die ungeheilt in unsern Häusern sitzen. Herr Alt tadelt meine apodiktische Sprache. Ja, ich weiß wohl, der Vorsichtige drückt sich gemessener aus; er schreibt „bedingt", weich und schmiegsam und fügt an geeigneten Stellen ein klügliches „fast" oder „wohl" oder „es möcht so scheinen" hinein in sein Skriptum. Das klingt bescheiden und hat den Vorteil obendrein, daß man ihn so leicht nicht fassen kann, behend entschlüpft er hinter die Deckung seiner Flickwörter. Ich aber meine: wer was zu sagen hat, der sag' es deutlich, daß man ihn versteht. Wo gibt es absolute Wahrheit in der Empirie und wo geht die Erfahrung restlos auf? Selbstverständlichkeiten bringt nicht, wer etwas auf sich hält, denn sie sind langweilig wie alles, was man nicht widerlegen kann. Schon Goethe hat ein kräftiges Wort über gewisse Arten literarischer Pedanterie gewußt.

Von den paar Paradefällen abgesehen, kennen wir also keine Psychose, die zu heilen wäre. Spezifische Mittel haben wir nicht, nur Palliativa, und alle Palliativa zusammengenommen geben noch kein Remedium, denn Null plus Null bleibt immer Null. Bettruhe, Bäder, Arzneimittel, Beschäftigung, Suggestion und Erziehung beseitigen nur eine Reihe von Symptomen oder mildern sie, die Krankheit aber bleibt. Herr Friedländer verweist mich auf seine Heilerfolge, namentlich auf die durch Psychotherapie. Ich glaube, die Differenz unserer Ansichten klärt sich leicht auf folgende Weise. Er hat zu Patienten wohl vorwiegend Kranke besserer Stände, und unter diesen sicherlich eine Reihe von „Halbgeisteskranken" Neurastheniker, Hypochonder, Hysterische, leichte Depressionszustände, — Kranke, die in die öffentlichen Irrenhäuser nur selten gelangen, weil sie nicht eigentlich Objekt der Irrenfürsorge bilden und mehr in die Nervenanstalten gehören. Nun habe ich vorhin schon darauf hingewiesen, daß eine Reihe von Neurosen, zum Unterschied von den Psychosen, der ärztlichen Therapeutik recht wohl zugänglich sind. Und die Verschiedenheit erklärt sich so: zur Vorbedingung der Heilung durch den Arzt gehört, daß der Kranke um sein Leiden weiß und den aufrichtigen Willen besitzt, es los zu werden. Weiter muß er in der festen Überzeugung leben, daß er mit der Kunst des Arztes seine Gesundheit wiedererlangen kann. Glauben muß er — an seine Krankheit und an den ärztlichen Helfer, und er muß mitarbeiten an seiner Genesung nach besten Kräften. Diese Voraussetzungen fehlen aber bei dem Geisteskranken, denn er hält sich nicht für krank, glaubt nicht an den Arzt, hilft nicht mit und drum scheitert alle Liebesmüh an seiner Unzugänglichkeit. Erst wenn er Einsicht gewonnen in seinen Zustand, kommt er von selbst, bewußt und unbewußt, der suggestiv-erzieherischen Heilmethode entgegen, aber dann — hat er sie nicht mehr nötig.

(Schluß folgt.)

Zum Pflegerunterricht.

Von Dr. *Kerris*, Galkhausen.

(Schluß von diesem Artikel folgt in nächster Nummer.)

Aus der Universitätsfrauenklinik Zürich.

Beiträge zur Kenntnis der Hyperemesis gravidarum.

Von *E. Hermann Müller.*

(Fortsetzung von diesem Artikel folgt in nächster Nummer.)

Mitteilungen.

— **Bericht** über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** zu Berlin am 24. und 25. April 1908. (Fortsetzung.)

Alt (Uchtspringe): Die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt.

Vortr. wendet sich gegen die Ausführungen von Scholz in Nr. 21, Jahrgang IX dieser Zeitschrift. — Die exogenen Ursachen seien bei der Entstehung der Geisteskrankheiten nicht nebensächlich (Puerperalfieber, ungünstige äußere Verhältnisse und körperliche Erkrankungen, z. B. im Kriege, aber auch gehäufte psychische und körperliche Schädlichkeiten im ruhigen Alltagsleben bei selbst psychisch ausreichend geeichtem Nervensystem, Infektionskrankheiten, Gelenkrheumatismus, Angina, Nierenerkrankungen, Herz- und Gefäßveränderungen, Magendarmstörungen, Erkrankungen der Stoffwechselorgane, Schilddrüsenerkrankungen), der ursächlichen Behandlung sei daher der Weg gebahnt und der Satz grundfalsch, daß die Therapie an dem Verlauf der einmal ausgebrochenen Psychosen nichts ändern könne.

Alt stimmt mit Scholz darin vollständig überein, daß der Heilwert der Anstaltsbehandlung vielfach stark überschätzt worden ist. Der glatte rasche Ablauf einer stürmischen Phase sei durchaus nicht mit Heilung gleichbedeutend. Trotz aller Fürsorge für die Geisteskranken habe die wissenschaftliche und praktische Psychiatrie gelehrt, daß heute nach 40 Jahren Griesingers Ausspruch noch volle Gültigkeit besitzt: „Die vollen Heilungen sind nicht so außerordentlich häufig, ja sie sind selbst nur bei einer ziemlich beschränkten Klasse von Kranken möglich.“

Nach der Entlassung erfolgende Spätheilungen beweisen, daß bei manchen Geisteskranken in irgendeinem Stadium selbst die allerbeste Anstalt die weitere Besserung und die Genesung hemmt. Auf manche Kranke wirke das Anstaltsmilieu schädlich. Hier sei Privatpflege in Familien oder versuchsweise Entlassung von Nutzen.

Auch bei frischen Psychosen seien die Heilungsaussichten in der Anstalt und gar in jeder Anstalt nicht stets günstiger als außerhalb. Zu langes untätiges Verweilen in großen, mit unruhigen Kranken stark besetzten Wachsälen erzeugt Anstaltsartefakte. Durch zweckmäßige Bauanlage und durch sorgfältige Gruppierung der Kranken kann dem Übelstand vorgebeugt werden.

In Uchtspringe sei bei zirka 550 Epileptikern in manchem Jahr auch nicht ein einziger Epileptiker im Status epileptikus gestorben. Durch kombinierte diätetisch-medikamentöse Behandlung sei die Gesamtzahl der Anfälle um $^1/_3$ herabgemindert worden. Bei manchen Kranken seien die Anfälle ganz zum Schwinden gebracht worden. Da exogene Faktoren, besonders Infektionskrankheiten, bei Epilepsie und Idiotie eine große Rolle spielen, ergeben sich hier therapeutische Ausblicke. Bezüglich des Delirium tremens verweist Alt auf Gansers Erfolge in der Dresdener Anstalt (Mortalität 0,88%).

Die Tobsucht im Gefolge der frischen Geisteskrankheit sei fast durchweg Artefakt und habe kaum größere Berechtigung als das Wundfieber nach einer Verletzung oder das Puerperalfieber nach einer Entbindung.

Bezüglich Melancholie zitiert Redner als Beispiel einen von ihm behandelten Fall von agitierter Melancholie mit Basedowscher Krankheit, bei dem die Basedowsymptome nahezu, die Angst- und Versündigungsideen ganz schwanden; er weist ferner hin auf die bei der früher als unheilbar betrachteten Myxidiotie erzielten Erfolge. Es stehe zu hoffen, daß auch für manche der jetzt unheilbaren Psychosen Heilmittel gefunden werden.

Ein großer Prozentsatz der Geisteskranken habe keine Aussicht auf Heilung, selbst nicht in der besten Anstalt. Bei der Mehrzahl dieser werde durch sachgemäße Anstaltsbehandlung, besonders Beschäftigungstherapie, sehr weitgehende Besserung erzielt und die Rückkehr ins Leben ermöglicht.

Für die an sich heilbaren Geisteskranken sei das sicherste Mittel zu rascher und voller Ge-

sundung die rechtzeitige Verbringung in eine zeitgemäß angelegte Anstalt, deren Leiter und Ärzte mit der inneren Medizin vertraut sein müssen.

(Fortsetzung folgt.)

— **Abwehr.** Professor Alt hat im Beginn seines Vortrages auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 24. April d. Js. (nachmittags): „Die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt" zweimal in pointierter Weise und in einem bestimmten, nicht mißzuverstehenden Zusammenhang betont, daß der Aufsatz von Direktor Scholz in Nr. 21, Jahrg. IX dieser Zeitschrift ohne jeden redaktionellen Hinweis auf andere entgegengesetzte Anschauungen veröffentlicht bezw. von der Redaktion unwidersprochen geblieben ist. (Ich erhalte davon erst jetzt aus dem offiziellen Bericht des Vereins Kenntnis, da ich mit einigen Minuten Verspätung in den Sitzungssaal kam.) Die Erwiderungen von Hofrat Friedlaender (Nr. 24) und Dr. Försterling (Nr. 25) erwähnt er so nebenher.

Dazu habe ich zu bemerken: Für jeden, der Verständnis für den regen Geist der Zeit in unserem Fach hat, lag es bei dem Erscheinen des Scholzschen Aufsatzes in Nr. 21 auf der Hand und war es mit absoluter Sicherheit zu erwarten, daß ganz unaufgefordert eine Erwiderung eintreffen würde. Die Tatsache zweier Entgegnungen (von Hofrat Friedlaender und Dr. Försterling) hat meine Erwartung bestätigt und mein damaliges Abwarten gerechtfertigt. Ich freue mich, daß der Streit in dieser „Frage, die" — wie Alt sagt — „so lange schon behandelt wird, als es überhaupt eine wissenschaftliche Psychiatrie gibt", die also danach zu schließen gar keine so überaus neue und brennende Tagesfrage war, — daß dieser Streit also seinerzeit und rechtzeitig in meiner Zeitschrift, ohne mein Zutun, in so durchaus ruhiger, sachlicher, nichtrenommierender, vornehmer, möglichst unpersönlicher und, vor allem, wissenschaftlicher, objektiver Weise beigelegt ist, und zwar unter Erörterung der Verhältnisse nicht nur für die öffentliche, sondern auch für die Privatanstalt, und ich überlasse es den Behörden und Kollegen zu urteilen, ob danach der Mangel eines redaktionellen Hinweises auf andere Anschauungen von Alt nach dreiviertel Jahren noch als Motiv für seinen Vortrag zu Hilfe genommen werden konnte, und ob die bei Alt zwischen den Zeilen zu lesende Besorgnis, unsere Behörden könnten den Aufsatz von Scholz lesen, nicht aber die Entgegnungen von Friedlaender und Försterling, einen Sinn hat. (Übrigens, so viel Schmeichelhaftes darin nebenbei für die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift auch ausgesprochen ist, so kann ich doch nicht annehmen, daß unsere Behörden bei ihren Maßnahmen nur auf die Wochenschrift und nicht auch auf die Meinung ihrer Ärzte hören sollten.) —

Es ist nicht nach jedermanns Geschmack, seine Gedanken mit redaktionellem Hinweis auf andere Ansichten assoziiert zu sehen. Auch kommt die Redaktion leicht in den Verdacht der Parteilichkeit. Darin habe ich nun einmal nach über neunjähriger Redaktion mehr Erfahrung als Professor Alt und werde auch in Zukunft nach dem, was mich diese Erfahrung gelehrt hat, von Fall zu Fall mein Verhalten einrichten. Da Professor Alt aber jedenfalls für seine Person (s. Referat in dieser Nr.) einem redaktionellen Hinweis auf andere Ansichten Wert beimißt, so bemerke ich zu dem von ihm in seinem Vortrag getanen Ausspruch:

„(Die Erkenntnis), daß die Tobsucht im Gefolge der frischen Geisteskrankheit fast durchweg Artefakt ist und kaum größere Berechtigung hat wie das Wundfieber nach einer Verletzung, wie das Puerperalfieber nach einer Entbindung . . ." — daß dies ganz unhaltbare Verallgemeinerungen und weder durch die Wissenschaft noch durch die Praxis erwiesene Behauptungen und Vergleiche sind. Bresler.

Referate.

— F. Probst-Eglfing. Edgar Allan Poe. München, Reinhardt. 1908. (Grenzfragen der Literatur und Medizin, H. 8.) 46 S.

Die vorliegende kurze Pathographie ist für den Psychiater von hohem Interesse, sie wird bei den Lesern des amerikanischen Schriftstellers eine objektive Beurteilung seiner Persönlichkeit fördern und weist einer fruchtbaren Analyse seiner Erzählungen und Dichtungen den Weg. Poe war — wie schon van Vleuten dargelegt hat — Epileptiker mit dipsomanischen Anfällen. In körperlichen Zeichen und zahlreichen funktionellen Abweichungen auf geistigem Gebiet verriet sich die angeborene krankhafte Anlage. In späteren Lebensjahren griff Poe zum Opium, auch hier und da zum Morphium. Seine mit Vorliebe das Geheimnisvolle, Unheimliche, Gruselige behandelnden Dichtungen wurzeln in eigenen pathologischen Erfahrungen; grauenhafte Träume, Rauschzustände, halluzinatorische Zustände, Opiumvisionen kehren in den phantastischen Schöpfungen wieder. Erotische Schilderungen fehlen in seinen Novellen, diese Asexualität führt Probst auf die Wirkungen des Alkohols und Opiums zurück. Poes Kunst wird daher vom Verf. im ganzen mit Recht als etwas Krankes bezeichnet, er war in der Tat „Sklave von Mächten, über die wir Menschen niemals Herr werden können". Mercklin.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 23. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der Provinzialheilanstalt für evgl. Geisteskranke zu **Lengerich i. W.** ist die Stelle eines

Abteilungsarztes

neu zu besetzen. Gehalt 3300 bis 5000 M. jährlich nebst freier Wohnung (ev. Familienwohnung oder statt derselben Mietsentschädigung). Die Anstellung mit Pensionsberechtigung erfolgt nach ½ jähriger Probedienstzeit.

Bewerber, welche im Anstaltsdienst erfahren sind, wollen ihr Gesuch nebst Lebenslauf und Zeugnissen einreichen bei dem Direktor **Dr. Schaefer,** Sanitätsrat.

In der Provinzialheilanstalt für Kranke katholischer Konfession der Provinz Westfalen zu **Niedermarsberg** (Station der Bahnstrecke Cassel-Arnsberg) ist die Stelle eines

Assistenzarztes

neu zu besetzen.

Gehalt neben freier Station I. Klasse im ersten Jahre 1800 M., im zweiten Jahre 2000 M., im dritten Jahre 2200 M. Danach bei guter Bewährung pensionsberechtigte Anstellung als Abteilungsarzt mit einem Anfangsgehalt von 3300 M., steigend bis zu 5000 M. neben freier Wohnung für Unverheiratete, für Verheiratete freie Familienwohnung mit Garten oder 450 M. Wohnungsgeld.

Meldungen nebst Zeugnisse und Lebenslauf werden erbeten an die Direktion.

An der städtischen Irrenanstalt zu **Frankfurt a. M.** ist am 1. Oktober ds. Js. eine

Assistenzarzt-Stelle

zu besetzen. Bareinkommen im ersten Jahre 1680 M., im zweiten Jahr 1980 M. pro Jahr, dabei freie Station I. Klasse. Meldungen sind zu richten an den Direktor Professor Dr. **Sioli,** Frankfurt a. M.

An der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt **Weilmünster** (Reg.-Bez. Wiesbaden) ist die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen.

Anfangsgehalt 1900 M., steigend bis 2400 M. neben freier Station (Wohnung, Verpflegung, Heizung, Licht, Wäsche etc).

(Da eine dritte Anstalt im Bau befindlich ist, sind die Aussichten auf Beförderung zum Oberarzt nicht ungünstig.)

Bewerbungen mit Approbation an die Direktion.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823

Nr. 23 29. August **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Noch einmal: Die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt.

Von Direktor Dr. *Scholz*-Obrawalde.

(Schluß.)

Herr Alt bestrebt sich nachzuweisen, daß der exogene Faktor für die Entstehung der Geistesstörung nicht so sehr in den Hintergrund trete, wie jetzt vielfach, und so auch von mir, angenommen werde. Verlorene Mühe! Gesetzt, er habe recht (ich will es nicht entscheiden), was wäre damit gewonnen? Das sublata causa cessat effectus ist für die Therapie ein bedenklicher Satz. Wenn ich mir durch Erkältung einen Schnupfen geholt habe, so werde ich ihn nicht los, indem ich mich hinter den Ofen setze, und wenn ich aus einem typhuskeimhaltigen Brunnen getrunken, so schwindet der Typhus noch nicht, wenn ich dies Wasser in Zukunft verschmähe. Die Vermeidung äußerer Krankheitsursachen kommt für die Prophylaxe in Betracht, da hat sie Sinn und Wert; ist aber die Krankheit einmal ausgebrochen, so hilft die Bekämpfung der ersten Ursache nichts, weil diese mit dem Eintritt ihrer Wirkung, d. h. der Krankheit, überhaupt nicht mehr vorhanden ist. Alt beruft sich auf die durch Kriegsstrapazen erworbenen Psychosen, — leider erzählt er die Hauptsache nicht, nämlich ob die Psychosen mit dem Aufhören der Strapazen ebenfalls aufgehört haben. Er erzählt es nicht, weil er es nicht erzählen kann, weil die Psychosen trotz des Milieuwechsels wahrscheinlich noch Wochen und Monate gedauert haben, lange noch nachdem „die körperlichen Schädigungen ausgeglichen, die psychischen Noxen beseitigt waren". Ich behaupte, jede Psychose (halt! fast jede) nimmt ihren natürlichen Verlauf und Ausgang; wandelbar ist nur ihre äußere Form, ihr Kleid. Alt begeht noch einen Fehler, er verwechselt Psychose mit psychischem und psychopathologischem Zustand. Wenn ich herzkrank bin und an Beklemmung und Angst leide, so wird mir Digitalis gute Dienste tun. Aber diese Angst ist kein Krankheitsprozeß, keine Psychose, sondern eine einzelne krankhafte Erscheinung. Ich glaube, das muß man auseinanderhalten, denn tut man es nicht, so gibt es schon sehr bald keinen Halt mehr, z. B.: Zahnschmerzen machen verstimmt und reizbar, ich lasse mir den Zahn ziehen und bin von meiner Psychose geheilt, — ergo gibt es eine psychiatrische Therapie. Glückliche Irrenärzte!

Nein, die Frage lautet nicht nach exogen und endogen, sondern: verlaufen die Psychosen, gleichviel auf welchem Wege sie entstanden, gesetzmäßig oder nicht und lassen sie sich, endogene wie exogene, durch äußere Einwirkung aus ihrer einmal eingeschlagenen Bahn ablenken? Wenn dies letztere für die „heilbarste" und „exogenste" (s. v. v.) aller Psychosen, für das Trinkerdelirium, von Autoren wie Bonhöffer und Ganser geleugnet wird, dann ist meine Kühnheit wirklich nicht so übermäßig groß, wenn ich es ebenfalls für die anderen Geistesstörungen leugne. Und wenn es zunächst auch die Achtung vor den Tatsachen ist, die mich zu solcher Ansicht nötigt, so sehe ich es doch nicht ungern, daß auch die Theorie in Gestalt der modernen klinischen Richtung zu jenen Tatsachen stimmt. Doppelt hält besser. Es ist doch nun mal so: könnten Verlauf und Ausgang einer Psychose durch den rein äußerlichen Umstand, daß ein Kranker in Anstaltspflege gelangt, abgeändert werden, so geriete die Grundlage des ganzen jetzigen diagnostisch-prognostischen Systems ins Wanken. Man kann nicht zwei Herren dienen: entweder man ist mit der jetzigen klinisch-psychiatrischen Richtung einverstanden, dann ist der jeweilige Ausgang in

Heilung oder Verblödung nur der Ausdruck des natürlichen Verlaufs der Dinge; oder man erkennt sie nicht an, dann läßt sich allerdings theoretisch nichts gegen die Möglichkeit einer Heilung durch Arzteshilfe einwenden, aber es früge sich immerhin noch, was die Erfahrung dazu sagt. Wie einer zu Kraepelins Fahne schwören und doch die psychische Heilung oder Nichtheilung von äußerer Einwirkung mit abhängig machen will, das begreife ich nicht und habe nur den Trost, mit meinem mangelnden Verständnis nicht so ganz allein zu stehen. Ich finde nämlich in der Deitersschen Zusammenstellung der Jahresberichtsergebnisse von 1900/01 *) folgende Bemerkung aus Uckermünde: „Im Interesse der Kranken ist der Mangel rechtzeitiger sachverständiger Behandlung immer zu beklagen; die Frage aber, ob wirklich die Prognose sich um so mehr bessert, je früher die Aufnahme erfolgt, darf, obwohl die Bejahung als ständige Phrase in den meisten Jahresberichten wiederkehrt, nach dem Studium der Ursachen und des Verlaufs der Seelenstörungen in der Kraepelinschen Darstellung keineswegs als entschieden angesehen werden." „Als ständige Phrase" — ein böses, ehrliches Wort! Und Deiters schließt sich nicht der Anschauung von Eberswalde an, die gleich danach abgedruckt ist und den üblichen entgegengesetzten Standpunkt vertritt, sondern ist durchaus geneigt, Uckermünde recht zu geben.

Alt wirft mir therapeutischen Nihilismus und Pessimismus vor. Nihilismus? Nun ja: die Zahl unserer ungeheilten Kranken, das glaube ich, wird immer ihre heutige Höhe behalten, und führe man die frisch Erkrankten noch so schnell der Anstalt zu. Wohl werden die Prämien, die unsere Provinzialverwaltung seit nunmehr 1½ Jahren für rasche Aufnahmen an die Ortsarmenverbände verteilt, Segen stiften, großen und schönen Segen, aber ihren eigentlichen Zweck werden sie nie erreichen. Ich halte fest daran, daß heute noch, um meinen früheren Ausdruck zu gebrauchen, das Heil nicht in der Therapie, vielmehr nur in der Prophylaxe liegt.

Und Pessimismus? Rieger**) hat ein gutes Kapitel geschrieben über „den therapeutischen Optimismus der frühesten Zeiten", ein Kapitel, das den Leser so recht nachdenklich stimmt. Dieselbe Gläubigkeit damals wie heut, — auch vor ein paar hundert Jahren „heilte" man nämlich Geisteskranke! Im übrigen, Pessimismus in der Gegenwart schließt Optimismus für die Zukunft nicht aus, ja der erste ist fast Voraussetzung für den zweiten, und die heilige Unzufriedenheit gilt noch immer als die Wurzel allen Fortschritts. Was uns jetzt fehlt und was wir hoffen, das werden andere Zeiten bringen. Herr Alt spricht düstere Prophezeiungen aus über die Folgen meines Aufsatzes. Ach nein: entweder ich habe unrecht, dann wird mein Wort verhallen ins Leere hinein wie alles, was die Prüfung nicht verträgt, und Schaden wird nicht aus ihm kommen. Oder ich habe recht: dann werden wir Ärzte auch noch die Fähigkeit besitzen, die Wahrheit zu ertragen und werden sie gern und freudig ertragen, weil sie uns aus dem Schlummer bequemer Denkgewohnheiten gerüttelt, Klarheit verbreitet und einen Sporn gegeben hat zu neuer Arbeit.

Herrn Alts Vortrag ist auf der Jahresversammlung der Irrenärzte ohne Widerspruch aufgenommen worden, und der Herr Vorsitzende hat geglaubt, aus dem Verzicht auf Diskussion die allseitige Übereinstimmung mit den Ausführungen folgern zu dürfen. Ich rede zwar pro domo und bin durchaus Partei, darf aber doch bezweifeln, daß solcher Schluß berechtigt war. Man müßte nicht die sprachliche Gewandtheit des Vortragenden, die überaus willkommene Tendenz seiner Rede, die Psychologie der Massenstimmung und die Furcht Andersmeinender vor Blamage bei einer Stegreifdiskussion gegenüber einem so sorgfältig ausgearbeiteten Vortrag kennen! Besonders dieser letzte Umstand ist wichtig: wieviele Redner gibt es denn, die so selbstsicher sind, daß sie das Pro und Contra einer langen Rede gleich erfassen und ihrer abweichenden Meinung ex abrupto vor einer solchen Versammlung kritiklustiger Fachleute abzugeben verstehen! Man schweigt halt und denkt sich sein Teil: verpflichtet ist man ja zu nichts. Das Sprichwort qui tacet consentit hat gewiß hier keinen Platz.

„Man kann solche Einspänner (sc. wie mich) getrost ihren einsamen Weg ziehen lassen." Pardon, es ziehen schon welche mit! Und ich hab sie mir gar nicht einmal holen brauchen, sie kamen ganz von selbst im vorigen Jahr bald nach dem Erscheinen meines Aufsatzes, und es waren (was wohl auch Erwähnung verdient) Kollegen darunter, die ich persönlich zu kennen nicht die Ehre habe. Einige von ihnen stellten sich vollkommen auf meinen Standpunkt und die anderen schrieben, ich hätte im allgemeinen recht, ginge indes wohl etwas zu weit. „Im allgemeinen" — ich bin auch damit zufrieden.

Sogar die Durchsicht der Literatur läßt mich nicht ganz im Stich, trotzdem Zusammenhängendes über das Thema nicht geschrieben ist und in den

*) Psych.-Neur. Wochenschrift, Bd. IV, S. 189.

**) II. Bericht (vom Jahre 1905) aus der Psychiatr. Klinik der Univ. Würzburg. S. 25.

gelegentlichen Bemerkungen die landläufige Ansicht das Feld beherrscht. Es gibt gewisse Schlagworte, die man gläubig hinnimmt und ohne viel Nachdenken weiter gibt, zumal dann, wenn sie den Wünschen und Hoffnungen entgegenkommen. Die Redensart von der heilenden Anstalt habe ich früher auch gebraucht, so gut wie nur einer. Immerhin kann ich ein paar Autoren für mich ins Feld führen. Das schlimme, aus Uckermünde stammende Wort von der „Phrase" habe ich erwähnt, dazu die Deiterssche Kritik; auch Riegers schon genannter Aufsatz liefert Wasser auf meine Mühle. Nicht minder Bleulers Artikel über „Frühe Entlassungen"*), der den therapeutischen Anstaltserfolgen sehr zweifelnd gegenübersteht, und Fuhrmanns Schrift „Das psychotische Moment" (besonders S. 75). Am dankbarsten aber bin ich für einen Aufschluß, den ich — Herrn Professor Alt verdanke. In seinem „Videant consules"**) steht nämlich folgender Satz: „Wenn ein Student in der Klinik wochenlang kaum ein Wort über Art und Wert der allgemeinen und speziellen Behandlung hört, wenn aus den Worten seines als Forscher hochverehrten Lehrers überall der therapeutische Nihilismus hervorlugt und das stumme Bekenntnis, daß die einzelnen Phasen der endogenen Psychosen — und als solche werden ja außer der Paralyse, der chronischen Alkoholvergiftung, der traumatischen und einiger seltenen sonstigen Geistesstörungen so ziemlich alle angesprochen — ob mit ob ohne ärztliches Zutun in gleicher Weise kommen und ablaufen, wie soll da in ihm der Wunsch rege werden, einer so verlorenen Sache seine Lebensarbeit zu weihen?" Also so steht es: auf den Höhen der Wissenschaft, bei unseren geistigen Führern und den Lehrern unserer Jugend „lugt überall der therapeutische Nihilismus hervor!" Es ist schade, daß Herr Alt diesen Satz in seinem Vortrage nicht wiederholt hat, er hätte, wie es mir scheint, dort wohl hingehört, hätte so wundervoll erfrischend die Situation geklärt und ich — ich wäre in guter Gesellschaft gewesen.

Damit könnte ich schließen, doch wird mir noch eine kurze Bemerkung zu meiner Verteidigung gestattet sein. Herr Alt hat sich nicht nur mit meinem Aufsatz, sondern — ein nicht alltäglicher Brauch — auch mit meiner Person und Vorbildung beschäftigt und mir einige Pillen zu schlucken gegeben, süße und bittere. Die einen haben wohlgeschmeckt und die anderen sind auch ganz gut hinabgeglitten. Nur auf einen Punkt möchte ich erwidern. Alt erblickt hinter meinen Ausführungen, ausgesprochen „von einem öffentlich bestellten Arzt in leitender Stellung", „eine ernste Gefährdung öffentlicher Interessen, die energische Abwehr erheischt". Das sind gewichtige Worte und offenbaren mir so recht erst die Schwärze meiner Seele. Indes ich kanns nun nicht mehr ändern, geschrieben ist geschrieben, und zu meiner Entschuldigung vermag ich nur zu sagen, daß ich ja auch ganz vorsichtig gewesen, indem ich für die Enthüllung meiner Ketzereien die Verborgenheit eines Fachblattes gewählt habe. Dagegen verstehe ich nun wieder Herrn Alt nicht. Statt wie die Herren Försterling und Friedlaender die Erwiderung in dasselbe, immerhin doch nicht öffentliche Blatt zu lanzieren, wo mein Aufsatz erschienen war, und dann zu schweigen, möglichst zu schweigen, damit das gefährliche Feuer erstickt werde, facht er es erst recht an und geht vor das Forum der Jahresversammlung der deutschen Irrenärzte, obgleich er wußte, daß die dort gehaltenen Vorträge in die allgemeine Presse und in die breiteste Öffentlichkeit gelangen. Er konnte überdies doch gar nicht voraussehen, ob der überall an den Universitäten „hervorlugende therapeutische Nihilismus" nicht auch in einer Diskussion seinen Ausdruck finden werde. Wie wären dann erst „die öffentlichen Interessen gefährdet" worden! Auch will es mir als ein Widerspruch erscheinen, wenn er die Leser dieser Zeitschrift, die doch wohl zunächst einen Anspruch darauf gehabt hätten und die er vor allem hätte „aufklären" müssen, nicht mit seiner Erwiderung bekannt macht, sich dafür aber an andere Leser in anderen Blättern wendet, die meinen ersten Aufsatz gar nicht kennen. Daß er obendrein dadurch mich selbst in eine etwas prekäre Lage gebracht hat (und dies ohne jeden zwingenden Grund), wird er selber fühlen. Jedoch es sei ihm verziehen: ich denke an die Zuckerpillen.

*) Psychiatr.-Neurol. Wochenschrift Bd. VI, S. 443.

**) Psychiatr.-Neurol. Wochenschrift. Bd. VII, S. 410.

Zum Pflegerunterricht.

Von Dr. *Kerris*, Galkhausen.

(Schluß.)

Der Arzt weist die Pfleger immer wieder darauf hin, daß sie sich durch den Schein nicht täuschen lassen dürfen, und macht sie — durch seine Belehrung und sein Beispiel — immer wieder damit vertraut, daß unter richtigem Umgang ein drohendes Gebaren kaum je ernst gemeint ist. Ich verweise zunächst auf die Kranken mit Verfolgungswahn und Sinnestäuschungen. Der Kranke hat sich z. B. über beschimpfende Sinnestäuschungen — im unfreundlichen Milieu klingen sie eindringlicher und sind sie reichlicher, in freundlicher Umgebung und Behandlung bewegen sie ihn schwächer — erregt, er entladet seine Erregung in drohenden Worten und Gebärden gegen seinen vermeintlichen Verfolger; hiermit ist aber bereits der Höhepunkt seiner Erregung vorüber, hiermit verfliegt seine Erregung, wenn ihm ruhig begegnet wird. Der Kranke hatte nicht vor, tätlich zu werden, um so weniger, je ruhiger und freundlicher das Milieu. Er droht uns ja auch meist bedingungsweise, z. B. wenn wir noch einmal Spitzbube zu ihm sagten, wenn wir mit den Beschimpfungen nicht aufhörten, dann sollten wir einmal sehen, und holt dabei wie zu einer Ohrfeige, zu einem Faustschlage aus, oder im unfreundlichen Milieu faßt er auch einmal den vermeintlichen Gegner am Rock, ohne aber tätlich zu werden. Er stellt uns zur Rede, ist zufrieden, wenn wir ihn angehört haben; er droht auch häufig nur deswegen, um seinem Herzen einmal Luft zu machen; es erleichtert sein Herz, verschafft ihm Beruhigung, sich einmal expektoriert zu haben; er kommt sich mitunter auch verächtlich vor, wenn er sich stillschweigend alles gefallen lasse; er glaubt, man müsse ihn dann ja ganz verachten; er versucht auch durch Drohung uns zur Einstellung unserer Feindseligkeit zu veranlassen. Der Kranke hat bei ruhiger Begegnung das Bestreben, sich, nachdem er sich ausgesprochen hat, wieder von seinem vermeintlichen Gegner zurückzuziehen. Im ruhigen und friedlichen Milieu verwandelt sich das Drohen in ein Bitten, ein klagendes Bitten, eine freundlich gemeinte vorwurfsvolle Vorhaltung. Derselbe Kranke, welcher in unfreundlichem Milieu seinem vermeintlichen Verfolger droht, sucht in freundlicher Behandlung dessen Mitleid zu erwecken, bedeutet ihm mit freundlichem Vorwurf, das (daß er ihm das alles antue) habe er nicht von ihm erwartet. Erhebt der Kranke drohend die Faust gegen mich, holt er schimpfend wie zu einer Ohrfeige, einem Faustschlag aus, so halte ich, mag die Situation noch so bedrohlich aussehen, unverändert mit ruhiger, unbeirrter Miene und Haltung Stand und höre ihm ruhig zu, ohne ihn zu unterbrechen. Der Kranke fühlt, daß der Arzt sein Gebaren nicht überschätzt und nicht die Voraussetzung einer beabsichtigten Tätlichkeit hat. Der Arzt hat ihn angehört; er hat seine Äußerungen vorgebracht, beruhigt sich und geht seiner Wege. Faßt der Pfleger aber sofort zu, faßt er ungeschickt, ungestüm, unfreundlich, selbst sich erregend zu, fällt er ihm nur in den Arm, um der ihm anscheinend drohenden Ohrfeige zuvorzukommen, so verliert der Kranke die Haltung; aus der Bedrohung kommt es zu einer Tätlichkeit, weil der angefaßte Kranke sich instinktiv wehrt; er fühlt sich angegriffen, glaubt sich wehren, einen Angriff parieren zu müssen, und kommt in starke Erregung, um so mehr, da das unfreundliche Verhalten ihm ja in seinen Augen den Beweis gibt, daß er es wirklich mit einer ihm feindlichen Person zu tun hat. Hieraus entwickeln sich die heftigen und gefürchteten Szenen. Wenn die Pfleger noch nicht den aus Lehre, Beispiel, Erfahrung und Überzeugung gewonnenen Mut haben, ruhig abzuwarten, und daher in zwar unnötiger, aber — zumal bei in unfreundlicherem Milieu bedrohlicher aussehendem Verhalten des Kranken — entschuldbarer Weise ihn fassen, so fügt sich der Kranke dennoch ruhig, wenn sie hierbei geschickt und ruhig zu Werke gehen und alles Angriffsmäßige, Ungestüme, Gewaltsame vermeiden. Und geschickt vorzugehen ist nicht so schwer, als es scheint. Es muß nur eingeübt werden, bis es den Pflegern in Fleisch und Blut sitzt.

Erhebt der Kranke drohend einen Gegenstand, eine Tasse, einen Stuhl z. B. — was übrigens nur in unfreundlicherem Milieu und bei schroffem Auftreten den Kranken gegenüber vorkommt —, so halte ich ruhig Stand; es geschieht mir nichts. Selbst wenn der Kranke stärker gereizt mit dem Gegenstand zu schlagen beabsichtigen sollte, so wirkt zügelnd auf ihn eine ruhige Haltung, ihm ruhig ins Auge sehen; einem Menschen von ruhiger Haltung tut niemand so leicht etwas. Auch auf den Maniakalischen, bei welchem in der Erregung Gedanke und Tat sozusagen eins sind, welcher in im unfreundlicheren Milieu gesteigerter Erregung zugeschlagen haben kann, ehe er sich dessen bewußt wird, desgleichen z. B. auf den gereizten Schwachsinnigen, den gereizten Verwirrten, den erregten Epileptiker wirkt ruhige Haltung hem-

mend und zügelnd, solange er nicht so hochgradig gereizt ist, daß er die Besinnung verloren hat. Daß bei Geneigtheit des Kranken, zuzuschlagen — in unfreundlichem Milieu, — eine ruhige Haltung den Kranken einschüchtert und am Schlagen verhindert, wird den Pflegern auch gesagt, aber nur ihn am Schlagen zu hindern ist unser Zweck, nicht ihn einzuschüchtern; fühlt sich der Kranke bloß durch herausforderndes Verhalten eingeschüchtert, so kann ihn das auf die Pfleger geladen machen und er es ihnen bös nachtragen. Das wird den Pflegern gründlich klar gemacht. Den Pflegern kann man nun nicht zumuten, stillzuhalten, wenn ein Kranker drohend einen Gegenstand gegen sie erhebt, zumal ihre Haltung doch noch zu leicht unbewußter Weise herausfordernd wird (oder auch ängstlich; in unfreundlichem Milieu, bei welchem die Kranken sich angewöhnten, in gesteigerter Krankheit zuzuschlagen, wirkt ängstliche Haltung auf den Kranken ermutigend). Wenn die Pfleger es über sich gewinnen können, abzuwarten und ihm ruhig ins Auge sehen, so können sie immer noch den Angriff parieren, da sie, wenn sie ihm nach dem Auge sehen, noch bei Zeiten zufassen können, wenn der Kranke aus der drohenden Stellung in den Angriff übergeht. Vermögen sie nicht abzuwarten, so fassen sie ruhig und besonnen den Kranken in der angegebenen Weise. Derartige Situationen werden im ruhigen und friedlichen Milieu und unter freundlicher Behandlung verschwinden, und solange sie noch nicht von der Bildfläche getreten sind, lernt der Pfleger ja das Maß der Gefährlichkeit der Situation an der Hand seiner Kenntnis der betreffenden Kranken beurteilen und bekommt das Gefühl, wo er stillhalten und wo und wann er zufassen muß. Erhebt im unfreundlichen Milieu, wenn der Pfleger nicht zeitig genug eine ausbrechende Zwistigkeit beachtet hat, ein Kranker gegen einen anderen Kranken eine Tasse oder einen Stuhl, so genügt es fast immer, daß die Pfleger ruhig hinzutreten. Im allgemeinen beschränken die Pfleger sich darauf, in einer bedrohlichen Situation zwischen Kranken ruhig und unauffällig hinzu- bezw. dazwischenzutreten, je mehr Pfleger, je unfreundlicher noch das Milieu; je weniger sind erforderlich, je mehr das Milieu seine Unfreundlichkeit verliert; da genügt meist schon ein Pfleger, aber es darf nur einer allein hinzutreten, wenn er bestimmt seine Kranken kennt.

Ich komme zu den lebensbedrohenden Angriffen. Unsere Geisteskranken, sagte ich, sind im allgemeinen friedlich. Also nicht alle. Die unfriedlichen Elemente bilden die geisteskranken Verbrecher und verbrecherischen Geisteskranken, von welchen die Umgebung sich lebensbedrohend gemeinter Angriffe gewärtigen kann. Auch diese ärgsten Stiefkinder der Natur, von welchen manche ihr Geschick einem mißlungenen Versuch der zu eifrig schaffenden Mutter Natur, eine höhere menschliche Entwicklungsstufe, Genies, zu erzeugen, verdanken, machen von der Regel keine Ausnahme, daß der geisteskranke Mensch in ruhigem und friedlichem Milieu und unter freundlichem Umgang umgänglich ist, besonders wenn man neben dem Verbrecher auch die guten Seiten in ihm beachtet und ihn bei diesen faßt, sich von Drohungen, welche man natürlich nicht in den Wind schlägt, nicht einschüchtern und sie nicht über sich wachsen läßt; sie mäßigen sich dann in ihren Drohungen. Ihre Reizbarkeit tritt zurück. Aber manche von ihnen haben bei ihrer egoistischen Anschauungsweise einen zu starken Freiheitsdrang und vertragen schlecht eine freiere Internierung, welche sie doch zu sehr reizt, die leichten Schranken, welche sie umgeben, zu durchbrechen. Dadurch können sie gefährlich werden, daß sie, um ihre Flucht bewerkstelligen zu können, komplottieren und sich energisch gegen eine Vereitelung zur Wehr setzen und dabei vor der Vernichtung eines Menschenlebens nicht zurückscheuen. Sie sind weiterhin mitunter unangenehme Elemente, da manche von ihnen zu rücksichtslos gegen störendes Verhalten von anderen Kranken aufzutreten geneigt sind und durch einen zu frivolen Ton anderen Kranken das Zusammenleben mit ihnen unerwünscht machen. Dann kommt es ferner vor, daß ein verbrecherischer Geisteskranker, selbst ein solcher, welcher bisher nicht dafür angesehen wurde und dessen verbrecherische Anlage erst mit einem Attentat kund wird, plötzlich ein Attentat auf jemand macht. Aber das ist selten, und wir müssen uns doch, ohne daß ein Verschulden vorliegt, fragen, ob manches Attentat auch geschehen wäre, wenn wir uns bereits ein friedlicheres Milieu und geschulteres und stabileres Personal errungen hätten. Wir sehen, daß derartige Attentate seltener geworden sind, und sie werden noch seltener, ohne daß damit gesagt sein soll, wir würden sie in freundlichem Milieu immer verhindern können. Und welcher Mensch ist davor geschützt, nicht einmal einer Gefahr ausgesetzt zu sein? Aber gerade weil wir wissen, daß wir den Geisteskranken bei uns einen ruhigen und friedlichen Aufenthalt schaffen können, müssen wir sagen, daß geisteskranke Verbrecher und verbrecherische Geisteskranke, soweit sie in erheblichem Grade den Frieden und den Ton des Hauses stören, zu starke Neigung zu entweichen haben, nicht in freie Heil- und Pflegeanstalten gehören. Sie gehören so lange unter eine straffere Behandlung und vertragen sie

gut, wenn sie mit Gerechtigkeit und Wohlwollen gepaart ist und aus dem Verbrecher seine guten Seiten hervorholt. Den gefährlichen Situationen wird durch beständige, dem Kranken nicht merkliche Achtsamkeit vorgebeugt. Entstehen sie, so gelten die mitgeteilten Maßnahmen, vor allem treten Arzt und älteres, erfahrenes Personal in Aktion, eine möglichst große Zahl, welche dem Kranken ruhig bemerklich macht, daß Widerstand keinen Zweck hat, und wo es eben geht, enthält man sich des aktiven Eingreifens, solange es eben geht.

Der Arzt gibt, wie ich anfangs sagte, den Pflegern nicht nur eine Schilderung der hauptsächlichen Krankheitsbilder, sondern er zeigt ihnen auch, besonders in den Unterweisungen im Dienst, worauf das Verhalten des einzelnen Kranken beruht. Ich beschränke mich auf eine kurze Bemerkung. An die Selbstbeherrschung und den Gleichmut der Pfleger stellt es hohe Anforderungen, wenn sie z. B. in nörgelndem, allzeit unzufriedenem, anscheinend nur zänkischem Benehmen bei Kranken, zumal wenn sie anscheinend besonnen sind, Krankheitsäußerungen nur auf die ärztliche Autorität hin sehen sollen, während sie das Verhalten auf schlechte Charaktereigenschaften zurückführen. Es wird ihnen auseinandergesetzt, wie z. B. ein solcher Kranker auf Grund von Beeinträchtigungswahngedanken handelt, welche Wahngedanken er hat, oder wie er auf Grund einer krankhaften Empfindlichkeit handelt, welche ihn glauben macht, die Pfleger wollten ihn absichtlich kränken. Die Pfleger werden besonders darauf hingewiesen, wie ein freundliches Gerechtwerden gegen den Kranken ihn umstimmt und zufrieden macht, wie sie hiermit den Kranken und sich ihr Los erleichtern können, und wie sie aus dem bei Entgegenkommen veränderten Verhalten des Kranken erkennen können, daß es sich tatsächlich um krankhafte Zeichen handelt. Hat der Pfleger das erfaßt, so übt er gern und mit Verständnis die erforderliche Rücksichtnahme, und er und die Kranken kommen gut miteinander aus. Es wird also ein praktisches Verständnis für die Krankheitsäußerungen im einzelnen zu erwecken gesucht.

Schließlich macht der Arzt dem Pfleger verständlich, wie er mit dem einzelnen Kranken umzugehen hat, wann und in welcher Weise er auf deren Äußerungen einzugehen hat. Ich will nicht weiter darauf eingehen, sondern nur allgemein bemerken, daß der Pfleger sich nie aus seiner Ruhe und seinem Gleichmut bringen lassen darf, aber es darf nicht dem Kranken den Anschein erwecken, als schenke der Pfleger dem, was er sage, kein Gehör, sondern der Kranke muß sich angehört sehen und das Gefühl haben, daß der Pfleger seine Worte beachtet. Er muß dem Kranken ruhig zuhören und aus seinen Äußerungen sich ein Bild von dem, was ihn bewegt, machen lernen; er soll nicht näher darauf eingehen, sondern ihm mit allgemeinen beruhigenden Worten und mit freundlicher Teilnahme zureden können. Trifft er einmal daneben und der Kranke fährt auf, so ist es nicht schlimm, wenn er seine Ruhe und Freundlichkeit dabei bewahrt; der Kranke beruhigt sich dann wieder.

Die Pflegerfrage wird bekanntlich nicht nur durch die Brotfrage gelöst; an gutem Pflegepersonal wird es uns nicht mangeln, wenn wir klarstellen, daß mit unseren Geisteskranken sich im allgemeinen friedlich leben läßt. Gewiß wird viel von demselben gefordert, aber wenn es sieht, daß sein Arbeiten auch erfolggekrönt ist, so ist es auch arbeitswillig und arbeitsfreudig.

Aus der Universitätsfrauenklinik Zürich.

Beiträge zur Kenntnis der Hyperemesis gravidarum.

Von *E. Hermann Müller*.

(Fortsetzung.)

Eine an Dementia paranoides leidende Frau in Rheinau verbot unter dem Vorwurf ehelicher Untreue dem Manne, irgend etwas ihrer Aussteuer zu berühren. Auf der Abteilung wenig zugänglich, ißt wenig, plötzlich bis auf wenig Milchkaffee Abstinenz. Es war von ihr nur der stereotype, in bestimmtem Rhythmus gesprochene Satz: „Marili Kindli machen W. . . .!" zu erhalten. Einige Tage später warf sie mir bei der Visite vor, ich sei schuld, daß ihr jüngstes Kind, der Jaköbli, wieder ganz klein sei; weil sie doch alles erbrechen müßte, genieße sie nichts, wenn man ihr aber nach 1½ tägigem Hungern Wasser und Konfitüre geben würde, würde das Erbrechen aufhören. — Nach einigen Wochen klärte sich die Geschichte folgendermaßen auf: Der W. . . macht ihr, der Marie, ein Kind der Jaköbli. In dieser Schwangerschaft mußte sie, was früher nicht der Fall gewesen war, sehr viel erbrechen; damals trat auch

der Wahn, der Gatte sei untreu, erstmals auf. Das Erbrechen bekämpfte sie mit Hungern, Konfitüre und Wasser. Jetzt war der Jaköbli wieder so klein, wie ein neugeborenes Kind, sie ist also gravid und mußte deshalb alle Nahrung erbrechen. Wir sehen, die Frau erbricht in einem akuten Zustand ihrer Psychose, vom Wahn ehelicher Untreue des Gatten geplagt, in einem späteren Schub nach zirka 15 Jahren macht sie die damaligen Symptome wieder durch.*)

Muthmann berichtet über eine Hysterika, die betrunken gemacht, dann geschwängert wurde; Erbrechen und andere Schwangerschaftsbeschwerden traten bald auf. In ihren Anfällen und Dämmerzuständen erbrach sie, hatte neuralgische Schmerzen usw. Die Analyse ergab, daß sie in diesen Zuständen die Gravidität mit all ihren Komplikationen wieder durchmachte. Ihr Jugendtrauma (Vergewaltigung der Schwester unter ihren Augen) im Alter von sechs Jahren habe bei ihr so große Abscheu erregt, daß sie habe erbrechen müssen. (Bezüglich genauerer Daten vergl. die interessante Krankengeschichte: Psychologie und Therapie neurotischer Symptome. 1907.)

Die bisherigen Ausführungen sollen zeigen, wie vieles von dem Schwangerschaftserbrechen im Hinblick auf die Freudsche Psychologie verständlicher wird und daß für den, der selbst derartige Fälle zu untersuchen Gelegenheit hat, eine Menge interessanter und wichtiger Daten zu holen sind. Nach den Anschauungen Freuds hat jedes Symptom der Hysterie seine ganz bestimmte Bedeutung, die allerdings nicht ohne weiteres erfahren werden kann; Freud und Jung haben durch sinnreiche analytische Untersuchungen, zum Teil gestützt auf Sommer, Aschaffenburg, Veraguth u. a. den Weg zu ihrer Kenntnis gewiesen und gleichzeitig auch zur Heilung, doch davon später.

Das Erbrechen ist nicht selten ein Symbol der Abneigung gegen den Gatten, wobei sich die Abneigung lediglich auf das sexuelle Gebiet (Abneigung gegen die Kohabitation zumal nach eingetretener Konzeption) beschränken kann. Das Erbrechen kann aber auch Abneigung gegen das Kind bedeuten, wo die sozialen Verhältnisse die Vermehrung oder überhaupt irgendwelche Nachkommenschaft unerwünscht erscheinen lassen.

Durch diese Deutung des Erbrechens, d. h. seine Auffassung als hysterisches Symptom, gelangen wir mitten hinein in die Kontroverse über die Beziehungen von weiblichem Genitale und Psyche. E. Meyer bekämpft die Lehre, daß psychische Krankheiten reflektorisch oder durch eine Art von Irradiation durch gynäkologische Leiden in der Mehrzahl der Fälle bedingt werden. Wo Nervenleiden bestehen, da nützt nach Meyer gynäkologische Behandlung in der Regel nichts. Wir möchten diesen letzten Satz nicht bedingungslos unterschreiben; wir kommen bei der Besprechung der Ansicht F. A. Kehrers und Copemans kurz darauf zurück. Auch Diepgen und Schröder stehen auf gleichem Boden wie Meyer; gynäkologische Leiden können die Hysterie begleiten, sie eventuell auslösen, aber nicht bedingen.

Kaltenbach hat seinerzeit mit großer Energie dafür gestritten, daß die Hysterie die Ursache der Hyperemesis sei und nicht, wie Ahlfeld behauptete, eine allgemeine Nervosität. Die seitherige Forschung hat ihm unbedingt recht gegeben, denn wenn die Hyperemesis überhaupt etwas mit einer Neurose zu tun hat, dann kann es nur die Hysterie sein; sie ist die einzige, die psychische Erregung in somatische Reaktion überführt.

Binswanger führt in seiner Monographie über die Hysterie einige Fälle an, in denen Erbrechen zum Symptomenkomplex gehörte; sein Fall Nr. 107 ist eine Hyperemesis. Leider hat Binswanger nicht nach Freudschen Prinzipien seine Fälle untersucht; immerhin sei bemerkt, daß die sexuelle Determination des Erbrechens im Fall Nr. 39 klar ist (Schlangen und Mäuse im Bett; erfundene Liebesgeschichten).

Als überaus interessanter Beleg für die Bedeutung hysterischen Erbrechens mag zum Schlusse noch auf eine Beobachtung Freuds hingewiesen werden in der Monatsschrift für Psychologie und Neurologie Bd. XVIII, S. 298, Fußnote.

Gegen die Heranziehung der Hysterie zum Verständnis der Hyperemesis haben sich manche Autoren erhoben; ich will eine der betreffenden Stellen wörtlich zitieren:

Tuszkai (Verhandlungen d. Deutsch. Gesellsch. f. Gyn., 6. Kongreß, 1895, S. 767): „Der Begriff Hysterie ist ein dem Wesen nach vollständig unbekanntes Etwas in der Medizin, mit welchem Begriff also wir auch gar nichts beweisen können, wenn es überhaupt unanfechtbar wäre, daß Hysterie und Schwangerschaftserbrechen im Kausalnexus stehen."

Wenn Tuszkai das innerste Wesen einer Krankheit kennen will, ehe er mit „diesem Begriff" etwas anstellen kann, dann muß er noch Jahrhunderte warten und würde wohl auch dann nicht klug. „Ins Innere der Natur dringt kein erschaffener Geist." Die

*) In Erinnerung an die weitgehende Analogie der psychologischen Mechanismen bei Hysterie und der Dementia praecox bringe ich diese Beobachtung. Vergl. Jung, Psychologie der Dementia praecox. 1907.

Hysterie ist ja allerdings kompliziert genug, aber eine so völlige Terra incognita, wie Tuszkai glaubt, war sie auch anno 1895 nicht mehr. Ein Kausalitätsverhältnis zwischen Hysterie und Schwangerschaft wird gar nicht behauptet.

Prognose.

Es ist klar, daß erst nach Feststellung der Ätiologie auf die Vorhersage eingegangen werden kann. Chorionepitheliom, Blasenmole oder Hyperemesis als Symptom von Eklampsie und Neuritis puerperalis stellen stets eine ernste Prognose, für das Kind in manchen Fällen eine direkt schlechte. Bei Hysterie wird es selten zu Todesgefahr kommen, doch kann die Inanition auch zu ganz verzweifelten Verhältnissen führen, und es wird immer noch seltene Fälle geben, wo eine suggestive Therapie ausgeschlossen ist, weil entweder die Behandlung in einem Zeitpunkte beginnt, wo die weit vorgeschrittene Inanition zur Indicatio vitalis der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft wird, oder die Frauen bereits mit inkomplettem Abort in die Klinik kommen, oder aber es gelingt dem Arzt nicht, den Weg zu den Komplexen der Kranken zu finden. Im großen und ganzen sind die hysterischen Fälle von günstiger Vorhersage.

Therapie.

Nach Feststellung der Ätiologie wird es meist nicht allzu schwer sein, das richtige Prozedere einzuschlagen.

Für die autotoxisch bedingten Fälle hat Dirmoser die Therapie sorgfältig ausgearbeitet; wir verweisen auf seine Publikationen.

Auf die medikamentöse Therapie will ich gar nicht weiter eingehen; die Erfahrung unserer Klinik beweist, daß man recht oft ohne Mixturen und Pulver und ohne jede Polypragmasie auskommt, welche nicht selten unsere in Rede stehende Affektion auszeichnet.

Bei hysterischen Frauen ist das erste Isolierung, vollständige Bettruhe, Rückenlage, eisgekühlte Milch in kleinen Schlucken, geschabtes Fleisch, eventuell Kefir, Eiweißpräparate. Falls es nicht ohne Medikamente geht, dann kann man Sacch. lact. anwenden, oft mit eklatantem Erfolg; besonders aber hüte man sich vor Schlafmitteln. — Wo die Isolierung Schwierigkeiten macht (Transferierung in eine Klinik), mache man es dem Ehemanne zur Pflicht, nicht zu kohabitieren, und ordne ferner an, daß er wie auch andere Personen die Kranke möglichst selten sehen; sie verkehre nur mit ihrer Pflegerin.

Das wichtigste in der Therapie aber ist der suggestive Einfluß des Arztes. Auch psychische Leiden sind für die Kranken so real, wie wenn wirklich das anatomische Substrat nachweisbar wäre; es bedarf hier sorgfältiger Prüfung, und man begnüge sich nicht einfach damit, von Simulation zu reden, sondern man weise nach, daß die Schmerzen nur durch falsche Vorstellungen begründet sind (vergl. auch Dubois, Die Psychoneurosen und ihre moralische Behandlung. Bern, Franke).

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Fürsorgeerziehung und Psychiatrie.** Um zum Ausdruck zu bringen, daß die Juristen und Pädagogen für den Teil der Fürsorgezöglinge, welche leiblich und geistig minderwertig sind, die Mitarbeit der Psychiater durchaus wünschen und hochschätzen, sind auf dem letzten Allgemeinen Fürsorge-Erziehungs-Tage in Straßburg i. E. (7. bis 10. Juli 1908) in den Vorstand, dem Tippel-Kaiserswerth schon seit der Breslauer Tagung angehört, noch drei Psychiater: Falkenberg-Herzberge, Kluge-Potsdam und Neißer-Bunzlau gewählt worden. Hoffentlich werden durch solche gemeinsame Arbeit nun auch die mannigfachen Schwierigkeiten überwunden werden, die sich bisher noch vielfach der erfolgreichen Tätigkeit des Psychiaters in den Erziehungs-Anstalten im allgemeinen und an dem einzelnen psychopathischen Fürsorgezögling in den Weg gestellt haben.

— **Psychiatrischer Fortbildungskurs in München.** An dem psychiatrischen Fortbildungskurs, der in München vom 9. bis 28. November d. Js. stattfindet, wird sich Prof. Liepmann-Berlin mit zehn einstündigen Vorträgen (12. bis 23. November) über „Aphasie, Apraxie und Agnosie" beteiligen.

Personalnachrichten.

— **Wuhlgarten.** Der prakt. Arzt Lorenz ist seit dem 1. d. Mts. hier als Assistenzarzt beschäftigt.

Druckfehlerberichtigung.

In dem Referate Alt, Heilungsaussichten etc., vorige Nummer, Seite 183, rechte Spalte, Mitte, muß es statt „um $^1/_8$" heißen: „auf $^1/_8$".

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 24. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der Provinzial-Irrenanstalt bei **Schleswig** ist die Stelle des

zweiten Assistenzarztes

zu besetzen. Gehalt 2500 M. und freie Station. Neue Regelung der Gehalts- und Avancements-Verhältnisse noch in diesem Jahre beabsichtigt. Bewerbungsgesuche mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion zu richten.

An der Heilanstalt **Dösen** (Leipzig) ist demnächst eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Gehalt im ersten Jahre 1800 M., dann 2100 M. bei freier Station. Bewerber werden gebeten, ihr Gesuch unter Beifügung des Approbationsscheines, etwaiger Zeugnisse und eines kurzen Lebenslaufes mit Angabe des Religionsbekenntnisses an den unterzeichneten Anstaltsdirektor zu schicken.

Obermedizinalrat Dr. Lehmann.

An der Provinzialheilanstalt für evgl. Geisteskranke zu **Lengerich i. W.** ist die Stelle eines

Abteilungsarztes

neu zu besetzen. Gehalt 3300 bis 5000 M. jährlich nebst freier Wohnung (ev. Familienwohnung oder statt derselben Mietsentschädigung). Die Anstellung mit Pensionsberechtigung erfolgt nach 1/2 jähriger Probedienstzeit.

Bewerber, welche im Anstaltsdienst erfahren sind, wollen ihr Gesuch nebst Lebenslauf und Zeugnissen einreichen bei dem Direktor **Dr. Schaefer,**
Sanitätsrat.

Oberwärterin

wird für die **Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Lüneburg** zum 1. Oktober gesucht. Anfangsgehalt 800 M. bei freier Station erster Klasse. Damen, welche eine höhere Mädchenschule durchgemacht oder auf andere Weise eine entsprechende Allgemeinbildung erworben haben, mögen Bewerbungen unter Beifügung eines ausführlichen Lebenslaufes und von Zeugnissen richten an die **Direktion der Provinzial-Heil- u. Pflege-Anstalt zu Lüneburg.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 828.

Nr. 24. 5. September **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Beitrag zu einer Pflegerfrage.

Von Oberarzt Dr. *Lauschner*, Treptow a. R.

Wenn man die Anstaltsberichte durchblättert oder in der Literatur nachschlägt, so ist es auffallend, wie wenig in dem Thema der Pflegerfrage ein Punkt Berücksichtigung gefunden hat: Die „Disziplinierung" des Personals. Man ist ja wohl immer geneigt gewesen, diesem mißlichen Punkte mehr auf indirektem Wege beizukommen, und es erklärt sich wohl zum großen Teil aus diesem Grunde seine geringe äußerliche Würdigung gegenüber andern Abschnitten aus dem Gebiet der Pflegerfrage. Gewiß ist es eine edlere und schönere Aufgabe, durch allgemeine Verbesserungsideen dahin zu wirken, daß Strafen und Gelegenheiten dazu überhaupt vermieden werden; denn ein verhütetes Vergehen ist mehr wert als eine durch Strafe bezweckte Besserung. Soviel Dankenswertes nun auch in dieser Richtung durch Aufklärung, durch eine gründlichere, der konsequenten Durchführung der modernen Behandlungsmethoden angepaßte Ausbildung, Erweckung des Ehrgefühls wie überhaupt durch Hebung des ganzen Standes angestrebt worden ist, soll man darüber doch auch nicht vergessen, seine Verbesserungsbestrebungen auch direkt auf das eigentliche Strafwesen und die Art des Strafvollzugs auszudehnen.

Die Strafweise ist immer zum großen Teil von der jeweiligen Auffassung, die man von dem Wärterstande hatte, bestimmt worden. So deutet z. B. in dem Werkchen von Roller über die Irrenanstalt aus dem Jahre 1830 eine Stelle darauf hin, wie kräftig und massiv noch die damaligen Verweise erteilt sein mögen. Es heißt da von dem Wärterpersonal: „An das Poltern, Fluchen und Toben (der Vorgesetzten) haben sich diese Leute bald gewöhnt." Im Jahre 1857 setzte Esse, der Verwaltungsdirektor der Charite, für die Strafgewalt der Direktion in den Krankenhäusern folgenden Paragraphen auf: Das Krankenwartepersonal ist nicht bloß der durch die Gesetze den Dienstherrn über das Gesinde beigelegten Gewalt, sondern auch der vollen Disziplinargewalt der Direktion unterworfen. Letztere ist berechtigt, bei Verstößen gegen die Dienstanweisung den Schuldigen nach Befinden der Umstände: „mit einer Lohnverkürzung, mit Beschränkung oder Versagung des Urlaubs oder mit Entziehung der Beköstigung vom Mitteltisch und Herabsetzung auf die Beköstigung vom Gesindetisch oder mit sofortiger Entlassung ohne vorangegangene Kündigung zu bestrafen. Die Strafe der sofortigen Entlassung ist besonders verwirkt durch entschiedenen Ungehorsam, Trunkenheit, schlechte Behandlung eines Kranken, Unsittlichkeit, Verbrechen und solche Vergehen, welche eine gerichtliche Verhaftung nach sich ziehen." Schon anders klingt es über die Strafmethoden in der Preisschrift von Seifert über die Irrenanstalt aus dem Jahre 1862 entsprechend seiner höheren Meinung vom Pflegerstande — „der Irrenwärter bildet einen Teil des Arzneiapparates", heißt es zum Geleit für das Kapitel der Wärterfrage —: „Das Wartepersonal hat sich einer seinem schweren und mühevollen Beruf entsprechenden Behandlung zu gewärtigen. Disziplinarvergehen werden mit Verweis, Geldstrafen, Degradierung oder sofortiger Dienstentlassung geahndet."

Eine interessante Zusammenstellung der in der neueren Zeit ausgeübten Strafen bringt Karrer 1897 im 53. Bande der Zeitschrift für Psych., die sich auf die öffentlichen Anstalten Deutschlands sowie einige Deutsch-Österreichs und der Schweiz, sowie eine Anzahl der Privatanstalten erstreckt. „Als Arten der Strafe sind der Verweis — einfach und protokollarisch —, Geldstrafen und Ausgangsentziehung beinahe in allen Anstalten eingeführt. Die Höhe der Geldstrafen ist verschieden von drei bis zehn Mark. Keine Geldstrafen werden verhängt in Erlangen, Friedrichsberg, Klinik Freiburg und Schleswig. Kündigung des Dienstes

wegen besonderer Vergehen geschieht ebenfalls in den meisten Anstalten. Sofortige Entlassung als Strafe bei schwereren Vergehen besteht etwa in $^2/_3$ %; neben dieser Strafe ist in verschiedenen Anstalten noch die Anzeige an den Staatsanwalt vorgesehen. Strafwachen und Strafdienst werden in einigen Anstalten verzeichnet. Hausarrest in einer, Haft bis zu drei Tagen in zwei. Bremen bemerkt, daß nur Belehrungen und Verweise erteilt werden, sonst keine Strafen, jedoch bei besonderen Vergehen sofortige Entlassung. In Heppenheim sind Strafen sehr selten, dann aber in der Regel Geldstrafen. Die Privatanstalten haben außer Verweisen beinahe durchweg keine Strafen."

Beachtenswerte Winke zur Disziplinierung des Personals, beleuchtet von dem Gesichtspunkt, beim Strafen zu individualisieren und nicht in den Fehler zu verfallen, nur die Tat und nicht den Täter zu beurteilen, finden wir in dem Vortrage von Stransky auf dem Internationalen Kongreß für Irrenfürsorge in Mailand 1906, zur Erziehung und Organisation des Irrenpflegepersonals. Vorausgesetzt, daß man möglichst junge und unverdorbene Novizen vor sich hat, dürfte für die ersten Dienstjahre eine gewisse Strenge, mit Lob weit sparsamer als mit Tadel, prinzipiell das beste Erziehungs- und Selektionsmittel sein. Elemente, die gegen die straffe Zügelführung trotzen, taugen nichts und müssen schonungslos entfernt werden. Auf empfindsamere Naturen wird ein einfacher Verweis ganz anders wirken als auf grobkörnigere eine ernstere Disziplinarstrafe. Man hat schon in früher Zeit damit ein gewisses Reagens vor sich, das gestattet zu unterscheiden, wer pädagogisch und wer disziplinarisch gestraft werden muß. Bei mehr formalen Dienstvergehen empfiehlt sich bei einmal als besser geartet und brav erkannten Pflegepersonen eine mehr unschädliche, d. h. keine weiteren Folgen für die spätere Beurteilung durch andere Vorgesetzte nach sich ziehende Strafe. Als solche werden strenge Verweise unter vier Augen und Abstriche von den freien Ausgängen erwähnt. Ich darf schließlich aus neuster Zeit einer privaten Mitteilung des Direktors Starlinger aus Mauer-Öhling an Herrn San.-Rat Mercklin noch Erwähnung tun. Da heißt es: „In meiner Anstalt sind statutarisch folgende Strafen vorgesehen: I. Verweis. II. Sperrung eines oder mehrerer freier Ausgänge. III. Geldstrafen bis zu 3 Kr. zugunsten der Pflegerkasse. IV. Einstellung der Vorrückung in eine höhere Lohnstufe. V. Strafweise Kündigung und VI. Sofortige Entlassung." — Fügen wir dieser Reihe noch hinzu die Strafwachen und den Strafdienst, so dürften die noch heute üblichen Strafarten im wesentlichen zusammengefaßt sein.

Was die bei Karrer erwähnten Haft- und Hausarreststrafen in drei Anstalten betrifft, so kann ich sie wohl übergehen in der guten Meinung, daß sie heut nicht mehr bestehen und nur noch eine Nachwirkung als Kuriosa haben.

Unsere Verbesserungsbestrebungen des Pflegepersonals zielen in erster Linie nach einer Verbesserung der Stellung in pekuniärer Hinsicht. Nun, wenn man einmal zugesteht, daß das Gehalt des Pflegers zu gering ist und für seinen Unterhalt nicht ausreicht, so deckt sich die Idee der Geldstrafe und die Vorenthaltung des Aufrückens in eine höhere Gehaltsstufe mit diesem Zugeständnis nicht. Ein solcher Widerspruch kann geeignet sein, das mit unsern Reformbestrebungen gezeigte Entgegenkommen in den Augen des Personals herabzudrücken, kann womöglich noch Zweifel an dem Billigkeitsgefühl der Ausführung der Strafgewalt hervorrufen, so daß er besser vermieden werden sollte. Nun glauben manche, ein milderndes und versöhnliches Moment darin zu sehen, daß sie die Strafgelder nicht dem Anstaltsfonds, sondern der Pflegerkasse zufließen lassen. Diese Maßnahme erscheint nicht unbedenklich. Von ethischen Gesichtspunkten aus dürfte es nicht gerechtfertigt sein, daß aus dem Vergehen des einen andern Vorteile entstehen. Die Pflegerkasse soll aus freiwilligen Spenden wachsen, nicht durch strafweise eingezogene Gelder. Man pflegt die sogenannten formalen Vergehen mit Geld zu bestrafen und versteht darunter solche, durch die keine direkte Schädigung des Kranken entsteht. Nicht zum geringsten sind es Nachlässigkeiten im Nachtwachendienst, die man mit Geld abmachen zu können glaubt. Fehlende Punkte am Blatte der Kontrolluhr kosten Geld. Wenn das Nichtmarkieren das eine Mal nur ein rein formales Versehen bedeutet, das andere Mal auch ein dienstliches Vergehen mit direkter Gefährdung des Kranken enthalten kann, so ergibt sich, daß formale Vergehen und Pflichtverletzungen mit der gleichen materiellen Strafe belegt werden. Es lassen sich einmal nicht derartige Versehen und Vergehen in Geld abschätzen. Sollte doch aber gerade bei ihrer Sühnung mehr der moralische Effekt der Strafe in Betracht kommen, wie ihn die bloße Geldstrafe nicht zum Ausdruck bringt. Sie läßt sich daher mit der Auffassung vom Dienst, wie sie beim Personal angestrebt werden soll, nicht vereinigen.

Eine gerechte und billige Forderung des Pflegepersonals, die ein zweiter wichtiger Punkt unserer Verbesserungsbestrebungen geworden, ist die Gewährung von mehr Urlaub. Auch hier muß man sagen: wenn man einmal eine Forderung für gerechtfertigt

anerkennt und ihr stattgeben will, heißt es ungeschickt, sich gerade solche Strafmittel auszusuchen, die in der Art ihr zuwiderlaufen. So hat von vornherein auch die Strafweise der Freiheitsentziehung ihr Bedenkliches. Der Pfleger gebraucht seinen Urlaub nicht nur zur Erfüllung seiner Familienpflichten, sondern auch zu seiner körperlichen und geistigen Erholung. Wenn man berücksichtigt, wie aufreibend und anstrengend der Pflegerdienst ist, so ist die Beachtung des letzten Punktes geradezu ein Gebot unserer ärztlichen Pflicht. Aus gleichem Grund muß es als verfehlt erscheinen, ihn mit einer Mehrarbeit zu beladen, wie sie mit dem sogen. Strafdienst und den Nachtwachen verbunden ist. Hier tritt aber noch ein anderes nicht minder mißliches Moment hinzu. Mit demselben Dienst, den er sonst mit Lust und Liebe, aus freiem Pflichtgefühl verrichten soll, wird ihm zwangsweise der höhere Wille aufoktroyiert. Man vergesse doch nicht, daß der Dienst nicht zur Besserung von Pflegern, sondern für den Kranken da ist, und daß wir es dem Kranken schuldig sind, daß der Pfleger ihm frische Kräfte mit Bereitwilligkeit und Aufmerksamkeit widmet.

Es bleibt dahingestellt, ob und wie weit die eben besprochenen Disziplinarmittel mit der sogen. freien Stellung des Pflegepersonals vereinbar sind, jedenfalls enthalten sie manchen heiklen und bedenklichen Punkt und sind nicht frei von Widersprüchen, so daß es erstrebenswert erscheint, sie überhaupt allgemein aus dem Strafmittelregister zu streichen. In Treptow bedient man sich jetzt keines anderen Strafmittels als des Verweises, wir unterscheiden dabei die einfache Ermahnung, den Verweis ohne und mit Vermerk in den Akten. Die Strafe der „Urlaubsentziehung" ist seit Gründung der Anstalt „prinzipiell niemals" in Anwendung gekommen, desgleichen „niemals Strafdienst, Strafwachen" usw. Und wie aus dem Schreiben des Direktors Starlinger hervorgeht, neigt man auch in Österreich dieser Ansicht vom Strafwesen zu. „Von den Geldstrafen", schreibt er, „mache ich prinzipiell keinen Gebrauch. Auch freie Ausgänge werden sehr selten gesperrt. Dagegen ist die Zahl der Kündigungen im Jahre nicht gering. Es ist schwer, jemanden zum Pflegerdienst zwingen zu wollen. Wer nicht von Haus aus eine gewisse Eignung und Charakterfestigkeit und Ausdauer besitzt, bei dem sind Besserung und Eignung für den Pflegerdienst wenig zu erwarten. Wegen der Nachtwache — wir haben Dauernachtwache — habe ich seit dem Bestande derselben, seit 1905, niemals bezüglich eventueller Verspätung oder Schlafen und derlei strafend eingreifen müssen."

Ich möchte schließlich eine mir mitgeteilte Beobachtung aus unserer Anstalt nicht unerwähnt lassen, nämlich daß einmal die Disziplin im ganzen eine gewisse Lockerung erfuhr zu einer Zeit, wo mit der Entlassung eines mehrfach vermahnten und verwiesenen Elementes zurückgehalten wurde, und daß nach Entfernung dieses Individuums der alte Zug wie mit einem Schlage zurückkehrte. Auch die Pflegerschaft hat ihre Spezialmoral und stößt von selbst ab, was ihr schädlich und fremd ist. Man zögere nicht, diese Fremdkörper-Reaktion zu unterstützen; denn wer erst durch Disziplinarmittel an Gehorsam, an den vollen Ernst, die Schwere und Verantwortlichkeit des Dienstes gewöhnt werden muß, ist zum Pfleger ungeeignet und soll entlassen werden. „Verweis und Entlassung muß so ziemlich das einzige werden, was zur eventuellen Besserung in Anwendung gebracht werden soll." —

Es sollte nun allgemeine Einigkeit darin bestehen, daß solche, die von der einen Anstalt wegen Untauglichkeit entlassen worden sind, nicht mehr in einer andern wieder aufgenommen werden können. Und doch ist es vor kurzem passiert, daß zwei aus unsrer Anstalt als unbrauchbar entlassene Individuen gleich zwei Tage darauf in einer öffentlichen Irrenanstalt der Großstadt als Pflegepersonen wieder angestellt worden sind, was sie mit Genugtuung hierher meldeten. Es kann nicht nur den Anstalten, die dem schlechten Personal, das abgeht, Zutritt gewähren, keinen Vorteil bringen, sondern es bedeutet ein derartiges Verhalten auch eine Schädigung des ganzen Irrenwesens. Daß in solchen Fällen erst das Gutachten (Akten) der bisherigen Anstalt erbeten werden soll und daß dieses immer bei der Anstellung den Ausschlag zu geben hat, sollte bei dem heutigen Stande des Irrenwesens nicht erst erstrebenswert, sondern bereits eine längst geübte Regel sein.

Aus der Universitätsfrauenklinik Zürich.

Beiträge zur Kenntnis der Hyperemesis gravidarum.

Von *E. Hermann Müller.*

(Schluß.)

Über den Wert der suggestiven Therapie hat sich eine lebhafte Debatte entwickelt. Klein, der sich übrigens Kaltenbach anschließt, versteigt sich zur Behauptung, Suggestion und Hypnose würden die Willenskraft schwächen, die man gerade systematisch stärken sollte. Graefe schließt sich ihm teilweise (betr. Hypnose) an, obschon es ihm ganz klar ist, wieviel gerade bei diesem Leiden die Suggestion bewirken könne.

Diese Anschauungen sind durchaus unrichtig, alle diejenigen, welche Suggestion und Hypnose wirklich anzuwenden verstehen, haben niemals Erfahrungen gemacht wie Klein. Es sei hier auf die Werke von Moll, Löwenfeld, Forel, ferner auf das Journal für Psychologie und Neurologie verwiesen. Bérillon (Zeitschr. f. Hypnotismus Bd. 2) erzielte mit Hypnose bei einem Fall von Hyperemesis vollständigen Erfolg. — Besonders wichtig scheint uns aber die psychanalytische Behandlung nach Breuer und Freud. Es kann hier nicht die überaus subtile Methode referiert werden, man muß sie im Original lesen.

Eine ganz ernste Frage ist die Indikation des künstlichen Aborts. Mit Fritsch und vielen andern sind auch wir der Ansicht, daß erst als ultimum refugium zu ihm geschritten werden darf. Nur bei totaler Erschöpfung, schweren Inanitionserscheinungen, Ohnmacht, Delirien, Eiweiß, Indol im Harn, Blutbrechen schreite man zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Mehrfache Aborteinleitung bei derselben Frau, stets mit Hyperemesis als Indikation, möchten wir als Kunstfehler qualifiziert wissen. Wir geben es Bachmann gern zu, daß die Hysterie-Diagnose manchmal nur schwer gestellt werden kann. Bachmann bringt nicht einen Schein von Überzeugung bei, daß wirklich nichts anderes möglich war, als bei derselben Frau zweimal, bei einer andern gar viermal wegen Hyperemesis Abort einzuleiten. Ebensowenig vermag uns Stocker zu überzeugen, daß er wirklich nicht anders handeln konnte, als dreimal bei derselben Frau Abort einzuleiten wegen unstillbaren Erbrechens. — Ganz wird sich ja der Abort nicht aus der Hyperemesis-Therapie ausmerzen lassen, aber er soll als größte Seltenheit und stets aus Indicatio vitalis eingeleitet werden.

Bei Hysterischen ist die lokale Behandlung möglichst zu vermeiden. Recht oft führt sie zu Verschlimmerung des Zustandes; wo sie heilend wirkt, da ist sie rein suggestiv, z. B. die Cervix-Tamponade F. A. Kehrers, die Kolpeuryse Uhles, die Dehnung des Orificium internum mit dem Finger nach Copeman, ebenso die Lösung, mindestens Lockerung perimetritischer Adhäsionen Arthur Müllers, dessen diesbezügliche Bemerkung hier nur erwähnt werden möge: „Wenn bei dieser Behandlung auch etwas Suggestionswirkung mitsprechen sollte, so ist dies ja vom Standpunkte des Praktikers aus kein Vorwurf gegen die Behandlung."

„Physiologisches" Erbrechen.

Mehrfach wurde darauf hingewiesen, daß die Ableitung psychischer Erregung in die Körperinnervation (Konversion) ein Charakteristikum der Hysterie sei; ebenso daß die Hyperemesis in sehr vielen Fällen eine Steigerung des sogenannten physiologischen Erbrechens darstelle.

Unger verlangt, daß man aus letzterem Grunde den Vomitus matutinus ernst nehme. Sowohl die Ausführungen Gönners in v. Winckels Handbuch der Geburtshilfe als auch mehrere Schriften F. A. Kehrers und Erwin Kehrers über die leichtern Beschwerden der Schwangern vermögen nicht zu befriedigen, da die Autoren das psychologische Moment vernachlässigen.

Baisch hat in seiner Arbeit über Hyperemesis und Ptyalismus in der Gravidität versucht, Hyperemesis und physiologische Emesis einheitlich zu erklären. Nach ihm sind Erbrechen und die übrigen Schwangerschaftsbeschwerden Äußerungen des für die Gravidität insuffizienten Körpers; mit Erreichung der Anpassung sistieren die Beschwerden. Baisch zieht zur Erklärung ein Toxin herbei, das in den intervillösen Räumen gebildet, in den Kreislauf der Mutter gelangt. (Syncitiumtoxine Veit, Behm. Placentarserum Liebmanns.) Diese Hypothese hat viel Verlockendes für sich, aber die Steigerung des Erbrechens zur Hyperemesis ist, wie wir glauben ausführlich dargelegt zu haben, nur in eng begrenztem Rahmen toxisch bedingt.

Wir müssen auch an die Beschwerden zur Zeit der Menses denken; letztere sind ja nur eine Phase im Generationsprozeß des Weibes. Bei Jungfrauen sind die Menstrualbeschwerden recht oft psychisch bedingt.

Menses und Gravidität sind absolut physiologische Prozesse; bei gesunden Weibern verlaufen sie ohne Beschwerden. Wir müssen deshalb die Ansicht Kleinwächters, die Gravidität sei ein Mittelding zwischen Gesundheit und Krankheit, unbedingt ablehnen.

Gewiß haben Gravidität und Menstruation auch auf das psychische Leben Einfluß, wo aber diese intrapsychische Erregung in körperliche Beschwerden abfließt, da ist sie hysterischer Natur.

Ich hatte vor einiger Zeit Gelegenheit, zwei hierher gehörige Beobachtungen zu machen.

Eine unserer Pflegerinnen in Rheinau erbrach in ihrer Gravidität selten, aber stets mit bestimmter Determination. Einmal machte sie eine Bemerkung, als sie mich die Pfeife rauchen sah; sie meinte, Rauchen sei überhaupt etwas Unappetitliches. Ich antwortete, das Tabakkauen sei jedenfalls unappetitlicher; der Mann der Pflegerin betrieb das zum Verdruß seiner Frau. Sie war im Glauben, er habe endlich ihren Bitten nachgegeben. Diese Mitteilung inkommodierte sie derart, daß sie nachher einige Male erbrach.

Sowohl in diesem wie auch im folgenden Falle handelt es sich um Hysterie.

Die betr. Frau konzipierte 1 1/2 Jahr nach schwerem Scharlach mit folgender Nephritis und urämischen Krämpfen. Von jeher sexuell leicht erregbar, war ihr ganzes Sehnen Sexualverkehr und Kindersegen. Sie ertrotzte vom Gatten Geschlechtsverkehr ohne Anwendung von Präventivmitteln; sofort konzipierte sie. Sie renommierte, wie viel die Frau im Interesse des keimenden Lebens ertragen könne, beobachtete sorgfältig, ob auch sie diese oder jene Beschwerden erfahre; mit Genugtuung konnte sie feststellen, daß auch sie deren fähig sei. Drei Wochen nach der Konzeption machte das Paar eine Reise, an welche die Frau gewisse Befürchtungen knüpfte; in der Tat trat kurz, ehe sie eine Universitätsstadt erreichten, Ohnmacht und Asthma auf. Die Reise wurde unterbrochen; von autoritativer Seite wurde Gravidität in der dritten Woche festgestellt! Anderen Tags setzten die Leutchen seelenvergnügt die Reise fort. Geburt spontan zur normalen Zeit.

Solche und analoge Beobachtungen legen mir den Gedanken nahe, daß auch die Molamina gravidarum im allgemeinen, außer wenn sie anatomisch bedingt sind, auf Konto der Hysterie zu setzen sind.

Schluss.

Bei unserer Besprechung der Anschauungen der verschiedenen Autoren haben wir geglaubt, manches ablehnen zu müssen, manche Theorie mußten wir auf — unserer Ansicht nach — seltene Fälle beschränken. Die Einheitlichkeit des Symptomenkomplexes macht es verständlich, daß manche Autoren versucht haben, von einem Punkt aus das Leiden zu erklären. Wir können uns derartigen Anschauungen so wenig anschließen wie der von Fritsch geäußerten: „Die Versuche, die Hyperemesis stets auf eine bestimmte Ursache zurückzuführen, sind als verfehlt zu betrachten"; wir sind der Überzeugung: Ohne Kenntnis der Ätiologie keine rationelle Therapie.

Wir nehmen an, daß verschiedene Ursachen, jede für sich die Hyperemesis veranlassen kann; wir haben es mit ganz verschiedenen Vorgängen zu tun, die eben zu sehr ähnlichen Resultaten führen: Die Hyperemesis ist keine Krankheit, sie ist ein Symptom verschiedener Prozesse. Mit dieser Anschauung gewinnen wir für die Therapie wie auch für die Prognose und es wird uns möglich, nicht nur das Symptom, sondern auch das Grundleiden zu heilen. — Was die Untersuchung anbelangt, so halten wir einen sorgfältigen Nervenstatus, Blut- und Serumbefund für unbedingt nötig; nur so werden wir die vielen Probleme der Lösung entgegenführen können, welche uns normale und pathologische Schwangerschaften stellen. Wir wollen nur noch bemerken, daß überall da, wo psychische Abnormitäten vorliegen, Inspektion und Untersuchung der Genitalien nicht ohne dringenden Grund vorgenommen werden sollte.

Das Resultat unserer Studien wollen wir in folgenden Thesen zusammenfassen:

1. Der Vomitus matutinus gravidarum ist ein psychogenes Symptom.

2. Die Hyperemesis ist keine Krankheit sui generis, sie ist ein Symptom.

3. Die Hyperemesis ist in der Mehrzahl der Fälle ein psychogenes Symptom (Hysterie). Wir können indes nicht ausschließen, daß die Gravidität als solche, die eventuell sehr unerwünscht sein kann, sowie gewisse Einflüsse vom Uterus oder den Adnexen oder von beiden zusammen als alleinige Ursache des Erbrechens oder als Disposition wirken, auf deren Boden die psychischen Mechanismen zur Wirkung kommen. Allerdings kennen wir diese Einflüsse noch nicht.

4. Die Hyperemesis ist in seltenen Fällen Symptom eventuell Frühsymptom von Blasenmole, Chorionepitheliom, Eklampsie, Neuritis puerperalis.

Literatur.

Die gynäkologische Literatur ist zusammengestellt in

Gönner, Handbuch der Geburtshilfe von v. Winckel. Bd. I.
Freud, ebenda. Bd. II, 1.
Pick, Volkmanns klin. Vorträge. N. F. Nr. 325/326.
Rodin, Dissertation. Basel 1907.

Wichtigste psychopathologische Literatur:

Binswanger, Hysterie. Wien 1904.
Breuer und Freud, Hysterie-Studien. Wien.
Freud, Monatsschrift f. Psych. u. Neurol. Bd. XVIII.
v. Hösslin, Archiv f. Psychiatrie. 1903. 1904.
Möbius, Neurologische Beiträge.

Weitere Publikationen von Freud, Bleuler sowie seinen Schülern Jung, Riklin u. a.

Mitteilungen.

— **Bericht** über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** zu Berlin am 24. und 25. April 1908. (Fortsetzung.)

Zweite Sitzung, Freitag, den 24. April 1908, nachmittags 2 Uhr.

Hüfler-Chemnitz demonstriert eine Anzahl Bilder, die sich auf seinen Vortrag beziehen.

Brodmann: Über den gegenwärtigen Stand der histologischen Lokalisation der Großhirnrinde. (Der Vortrag erscheint ausführlich).

Vortr. berichtet an der Hand von Mikrophotographien und schematischer Hirnkarten über seine seit Jahren betriebenen, nunmehr zu einem vorläufigen Abschlusse gelangten Untersuchungen über die vergleichende Großhirnrindenlokalisation in der Säugetierreihe. Die Grundlage dieser Untersuchungen bildet die Zellschichtung des Rindenquerschnittes oder die Cytoarchitektonik und deren regionäre Modifikationen.

Der tektonische Grundplan der Großhirnrinde (im Querschnitt) ist durch die ganze Säugetierreihe die Sechsschichtung. Alle Varietäten der Zelltektonik lassen sich aus dem sechsschichtigen Grundtypus herleiten oder auf ihn zurückführen, wie Vortr. im einzelnen an Mikrophotographien von zahlreichen Vertretern der verschiedenen Säugetierordnungen (Primaten, Prosimier, Makrochiropteren, Rodentier, Karnivoren, Marsupialier) demonstriert. Die entgegenstehenden Anschauungen von Cajal und Haller, wonach in der Tierreihe absteigend eine anatomische Vereinfachung im Rindenbau, namentlich durch gänzliches Fehlen einzelner, bei höheren Säugern vorkommender Schichten, bestehen soll, werden als irrtümlich zurückgewiesen.

Die örtlichen Verschiedenheiten im Schichtenbau beruhen in der Hauptsache auf Vermehrung oder Verminderung oder Umlagerung der einzelnen Schichten des tektonischen Grundtypus. Die regionär modifizierten Rindentypen sind namentlich beim Menschen zahlreich, bei manchen niederen Mammaltieren dagegen spärlich. Einzelne durch starke Abweichungen der Tektonik ausgezeichnete Typen lassen sich durch die ganze Mammaltierreichreihe nachweisen, wenn auch nicht überall mit gleich scharfer Ausprägung wie bei dem Primaten. Man kann also konstante und inkonstante Formation unterscheiden und darauf eine Homologie von Rindentypen gründen. (Beispiele werden demonstriert.) Die Höhe der Differenzierung eines Strukturtypus (wie der cortex cerebri überhaupt) hängt jedoch nicht von der Stellung des betr. Tieres im zoologischen System ab, sondern ist durch ganz andere Umstände, wie Größe des Gehirns, spezielle Entwicklungstendenz u. a. bedingt.

Dadurch, daß sich die Umbildung der Schichtungstektonik örtlich vielfach scharf vollzieht, wird eine räumliche Abgrenzung benachbarter Rindenformationen ermöglicht, und diese wiederum gestattet eine topographische Gliederung der Großhirnoberfläche in Strukturfelder von verschiedenartigem Bau, sogen. areae anatomicae.

Für eine größere Anzahl von Tieren legt Vortr. fertige topographische Hirnkarten bezw. Entwürfe zu solchen, welche auf Grund der geschilderten Schichtungsmodalitäten entstanden sind, vor. Ein Vergleich ergibt, daß auch die topische Feldergliederung des Säugergehirns (wie die Querschnittsschichtung der Rinde) von einem einheitlichen Gesetze beherrscht wird, das Vortr. das „Gesetz der Segmentation" nennen möchte. In schematischer Verdeutlichung zeigt sich dies bei gewissen, einfach gebauten, furchenlosen Gehirnen, namentlich dem Hapalegehirn. Bei anderen Säugern ist die Segmentgliederung undeutlicher und verwischt. Eine Umbildung der Segmentation kann — dies gilt wiederum für die gesamte Mammaltierreihe — entstehen:

1. Durch Einschiebung von Neuerwerbungen (bes. beim Menschen), welche ihrerseits auf Fragmentation oder auf Längsspaltung eines Segmentes beruhen können;

2. durch Rückbildung eines Segmentes oder Segmentteiles;

3. durch räumliche Verschiebung oder Verlagerung eines Segmentes oder Segmentteiles.

Diese die spezifische Hirnentfaltung eines Tieres beherrschenden Vorgänge bedingen die großen Variationen in der Oberflächengliederung verschiedener Tiere, die sich in verschiedener Zahl, Größe, räumlicher Gestaltung und Lagebeziehung von Einzelfeldern kundgibt.

Einen Höhepunkt der Differenziation erkennen wir schon in der Zahl der differenten Strukturfelder beim Menschen. Als besondere menschliche Bildungen sind gewisse Typen des Scheitel und Stirnlappens anzusprechen, namentlich aber die Strukturfelder der Regio Broca und diejenigen der Heschlschen Querwindungen, für die Vortr. eine Homologie bei anderen Säugern nicht finden konnte.

Zum Schlusse wird die Bedeutung der geschilderten anatomischen Feststellungen für die klinische Lokalisationslehre, für die experimentelle Psychologie und für die Histopathologie kurz gestreift.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

— Moreira und Peixoto, Les maladies mentales dans les climates tropiaux. Annales med.-psychol. LXV. 1907.

Bei einer Ausdehnung von 5° nördlicher bis 33° südlicher Breite ist Brasilien zweifellos zu Untersuchungen über die Beziehungen psychischer Erkrankungen zu den klimatischen Verhältnissen geeignet. Allerdings möchte die nach ihrem Kulturzustand und ihren ethnologischen Verhältnissen außerordentlich ungleichmäßige Bevölkerung die Beweiskraft einfacher statistischer Zahlenreihen sehr einschränken. Verf. haben nun zunächst keine vom Klima abhängige psychische Erkrankungsform oder eine durch dasselbe verursachte Variation im Charakter und im Ablaufe der bekannten Psychosen gefunden. So waren z. B. bei einem Vergleich mit den zehnjährigen Wärmebeobachtungen des Observatoriums von Rio kein Einfluß der höchsten Temperaturen auf die Erkrankungsfälle, noch auch Beziehungen der allgemeinen meteorologischen Verhältnisse (Luftfeuchtigkeit usw.) zu erkennen, wie insbesondere auch im Gegensatz zu Lombroso ein Einfluß derselben auf die Epilepsie nicht zu konstatieren war. Sollten solche gleichwohl vorhanden sein, so werden dieselben nach Ansicht der Verfasser genugsam ausgeglichen durch die Einwirkung der veränderten Kultur- und Lebensverhältnisse, welche allerdings in ihrer Wirkungsweise schwer einzuschätzen sind und vielleicht auch die Ansicht der älteren Irrenärzte von den weniger zahlreichen Formen der Psychosen und deren veränderter Verlaufsweise gezeitigt haben. So könnte sich auch die auffallende Tatsache erklären, daß die südöstlichen Länder Europas bekanntlich weniger Psychosen liefern.

Beim Durchsprechen der einzelnen Krankheitsformen finden Verfasser für Imbezillität und Debilität ein ätiologisches Moment in der Ankylostomie der Vorfahren. Bei der relativen Einfachheit des Lebens ist Neurasthenie nicht häufig, häufiger schon Hysterie und zwar Hystero-Epilepsie, wobei an zwei Epidemien, die von St. Louis de Maranhao und von Bahia, erinnert wird, welche allerdings nicht so heftig verliefen, als es in den kühleren Ländern der Fall zu sein pflegt. Die Kraepelinsche Paranoia fand sich nur in 1,1%, akute Verwirrtheit nur in 0,5% und zwar meist bei Frauen (Puerperium). Manisch-depressives Irresein (6,6% der Fälle) wurde selten vor dem zwanzigsten, häufiger erst nach dem vierzigsten Jahre beobachtet und zwar waren 50% Weiße, 28% Mischlinge und 19% Neger betroffen. Für die häufiger vorkommende Dem. praecox (14,5% M., 7,8% Fr.) werden besonders gemütliche Schädigungen angeschuldigt. Den hohen Prozentsatz von 28% an Alkoholismus Erkrankter erklärt zweifellos die vorwiegend städtische Zusammensetzung der Aufnahmen. Selten wurde progressive Paralyse beobachtet: bei den Männern in 4,3%, bei den Frauen sogar nur in 0,32%, und zwar betraf dieselbe häufiger Eingewanderte als Eingeborene. Während Verf. in der Lues zwar nicht den einzigen — verschiedene Gifte können die Prädisposition schaffen — aber den wichtigsten ätiologischen Faktor sehen, ist die noch geringe Kulturentwickelung nach ihnen der Grund des noch seltenen Vorkommens der Paralyse in Brasilien. Kulturfortschritt mit den diesen begleitenden vielfachen schädlichen Momenten wird dieselbe weiter mehren.

Zwei früher als nur im malayischen Archipel vorkommende Krankheitsformen: Amok und Latah entbehren nach Verf. ihrer charakteristischen Eigenart. Erstere ist nur eine Form der Epilepsie, letztere durch imitatorisch hervorgerufene und impulsive Myospasmen charakterisiert, gehört zur Maladie Gilles de la Tourette und ähnelt dem „Miryachit" der Sibirer und Lappen und dem „bah-tseli" der Siamesen. — Eine delirante Form des Sonnenstichs, früher unter dem Namen „calentine" vielfach bei Matrosen vorkommend und durch den elementaren Trieb ins Meer zu springen ausgezeichnet, soll infolge der verbesserten Hygiene nur noch selten vorkommen.

Verf. schließen, daß ein Einfluß der klimatischen Komponenten auf die Psychosen nicht zu konstatieren war, daß die Beziehungen vielmehr nur individuelle, abhängig von Disposition und Lebensweise wie in den gemäßigten Zonen sind. Kellner-Untergöltzsch.

— Moreira und Penafiel, A Contribution to the study of Dementia paralytica in Brazil. The journal of mental science, Bd. 53, 1907.

Beobachtungen über das Vorkommen der einzelnen Krankheitsgruppen unseres Spezialfaches in jenen der Kultur noch nicht völlig erschlossenen Ländergebieten sind zweifellos für die Nosologie von großer Wichtigkeit, und insofern bieten die Beobachtungen der Verf. bei der eigenartigen ethnischen Zusammensetzung der Bevölkerung Brasiliens und deren kulturellem Zustande manches Interessante. Der Grund für die schnelle Zunahme in Brasilien ist in der schnellen intellektuellen Entwickelung des Landes zu suchen und in der Konkurrenz der finanziellen, politischen und Handelskrisen. Während von 1883 bis 1888 von den Aufnahmen in öffentlichen Anstalten 1,6%, in die Privatanstalt Eiras 6,22% Paralytiker waren, kamen von 1889 bis 1904 im Nationalhospital zu Rio bei einer Gesamtaufnahme von 9609 (5878 M. und 3731 Fr.) Geisteskranken 266 = 2,76% Para-

lytiker zur Aufnahme und zwar 252 M. und 14 Fr. Hierbei war das Verhältnis der Brasilianer zu den Eingewanderten ungefähr das gleiche, während im Staat S. Paulo 3,87% Brasilianer und 8,3% Eingewanderte paralytisch waren. — Beziehungen der Rasse zu der Paralyse sind noch nicht sichergestellt; früher hielt man die Neger für immun gegen dieselbe und zweifellos wurde diese bei ihnen früher nur selten beobachtet. Verf. haben aber bei allen ethnischen Gruppen P. beobachtet außer bei den Ureinwohnern und den frisch importierten Negern. Klinische Besonderheiten sind nicht abhängig von der Nationalität, sondern von individuellen Differenzen, von Zivilisation und Erziehung. Unter 145 Brasilianern waren 99 Weiße, 36 Mestizen und 10 Schwarze, unter 9 Frauen 3 Weiße, 4 Mestizen und 2 Schwarze (es fehlen hier die Vergleichszahlen mit den Nichtparalytischen. Ref.). Auf 3 paralytische Frauen kamen etwa 54 Männer, in der Privatanstalt Eiras 82 und im Hospital zu S. Paulo sogar 90 Männer. Für dieses auffallende Verhältnis sehen Verf. den Grund im geringen Engagement der Frau durch das öffentliche und geschäftliche Leben. Die Klinik der weiblichen Paralyse weist dieselben Besonderheiten wie bei uns auf. — Das Prädilektionsalter der progr. Paralyse sind die Jahre von 35 bis 45; beobachtet wurden auch mehrere juvenile Formen; die jüngste, eine 18jährige Näherin, erkrankte, von Jugend auf geistig schwach, schon mit zwölf Jahren; es handelt sich hier wohl um hereditäre Lues. — Fast die Hälfte der Kranken war unwissend (analphabetisch?). Die Frauen gehörten sämtlich der unteren Klasse an. — Agitierte Form = 48%, depressive Form = 16%, progressive Demenz = 36%. Ätiologisch werden Syphilis (30% sichere, 50% wahrscheinliche), alkoholistische und sexuelle Exzesse, nervöse Chokwirkung und Insolation genannt. Auf die nervöse Disposition, Erblichkeits- und Degenerationsverhältnisse usw. geht die Arbeit leider nicht ein. Kellner - Untergöltzsch.

— H. Ziemann. Über das Fehlen bezw. die Seltenheit von progressiver Paralyse und Tabes bei unkultivierten Rassen. Deutsche med. Wochenschrift, 1907, Nr. 52.

In gewisser Weise eine Ergänzung zu der vorstehend referierten Arbeit Moreiras liefernd, bespricht Verf. hier an den verschiedensten Erdpunkten gemachte Beobachtungen. Auch er steht auf dem Standpunkt, daß die Syphilis nicht als alleiniger ätiologischer Faktor angesehen werden darf, wenngleich sie in der großen Mehrzahl der Fälle der Paralyse voraufging. In den Küstengegenden Afrikas, wo Lues sehr verbreitet ist, besonders unter den intelligenten Negern Oberguineas, hat Verfasser in jahrelanger Praxis keinen Fall von Paralyse der farbigen Rasse beobachtet. Nach seiner Ansicht ist sie auch unter den in die Tropen eingewanderten Europäern selten (s. das Gegenteil bei Moreira: Referent), eine Erfahrung, welche auch die Engländer gemacht haben sollen. Auch in den großen Krankenhäusern von Trinidad und Jamaika fand Verf. keinen Fall von P. bei Eingeborenen. Dasselbe fand sich in Venezuela, dessen Bevölkerung neben reinen Spaniern zum großen Teil aus einer Mischbevölkerung von Spaniern und Indianern bestehend, in 50% von Lues durchseucht ist, während bei den Negern der Vereinigten Staaten die Paralyse nicht selten ist. Auch in Japan hat Bälz in dreißigjähriger Praxis trotz weiter Verbreitung von Syphilis nur selten Paralyse gefunden; diese wird dagegen häufiger mit dem kulturellen Anstieg Japans in den letzten Jahren. Dies alles drängt zu der Annahme, daß der vorwiegend in den gemäßigten Zonen vorhandene gesteigerte Kampf ums Dasein als wichtiges ätiologisches Moment in Frage kommt, und daß die Lues zwar die nötigen Bedingungen schaffen kann, sie aber nicht auslösen muß. Eine ähnliche Rolle spielt die Tabes dorsalis, welche bei den Negern ebenfalls selten ist. Kellner-Untergöltzsch.

— Die Fürsorge für gefährliche Geisteskranke. Referate, erstattet am 30. November 1907 in der Vereinigung für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie im Großherzogtum Hessen. — Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. 62 S.

Zuerst bringt Lenhard, Direktor des Landesgefängnisses zu Bruchsal, einen interessanten historischen Überblick über die Entwickelung dieses Problems und redet dem Annex an der Strafanstalt das Wort. Dann stellt Dannemann die verschiedenen Unterbringungsmöglichkeiten mit ihren jeweiligen Vorzügen und Nachteilen einander gegenüber. Er möchte den theoretischen Unterschied zwischen „irren Verbrechern" und „verbrecherischen Irren" fallen lassen und tritt für Errichtung eines „festen Hauses" an Irrenanstalten, das zur Unterbringung beider Arten von „gefährlichen Geisteskranken" dient, ein. Darauf schildert Oßwald recht anschaulich und treffend die vielen durch die Kriminellen verursachten Schäden, Gefahren und Betriebsstörungen in Irrenanstalten, die nicht mit besonderen Sicherungsvorkehrungen versehen sind, und verlangt ebenfalls Angliederung eines festen Hauses an die Irrenanstalt. Schließlich setzt Strafanstaltsarzt Kullmann - Butzbach die Schwierigkeiten auseinander, die dem gesamten Strafvollzug aus der Belassung der irren Verbrecher im Lazarett der Strafanstalt erwachsen. Die Zahl der irren Verbrecher in Hessen ist so gering, daß nach K. durch gleichmäßige Verteilung in alle Irrenanstalten die Nachteile zu beheben wären. Doch auch Kullmann begrüßt den Plan, an der neuen Irrenanstalt in Gießen ein festes Haus für Kriminelle anzubauen, als einen großen Fortschritt.

Jeder, dem in dieser Frage ein entscheidendes Wort zufällt, müßte die vorliegende kleine Schrift lesen. Horstmann.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 25. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Prof. Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Direktor Dr. **Beyer**, Roderbirken bei Leichlingen. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Direktor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Oberarzt Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin). Med.-Rat Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden). Hofrat Dr. **Friedländer**, Hohenmark. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Berlin. Direktor Dr. **Herting**, Galkhausen (Rheinland). Oberarzt Dr. **Ilberg**, Großschweidnitz (Sachsen). Direktor Dr. **Kluge**, Potsdam. Med.-Rat Dr. **Kreuser**, Winnenthal (Württemberg). Direktor Dr. **Lehmann**, Lindenhof. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Gand (Belgien). Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr **Ritti**, St. Maurice (Seine) Direktor Dr. **H. Schlöss**, Wien. Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Direktor Dr. **Vocke**, Eglfing bei München. Prof. Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Hamburg.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**
Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der Großherzoglich Badischen Heil- und Pflegeanstalt bei **Emmendingen** in nächster Nähe Freiburgs i. Breisgau wird eine

Hilfsarztstelle

frei. Anfangsgehalt 2000 M., regelmäßige jährliche Zulagen, dazu völlig freie Station I. Klasse für unverheiratete Aerzte. Bewerber mit psychiatrischer Vorbildung können mit einem höheren Gehalt beginnen. — Auch können

2 Medizinalpraktikantenstellen

besetzt werden. Die Bewerbungen wollen an die Direktion gerichtet werden. Der Großh. Anstaltsdirektor Geh. Medizinalrat **Dr. Haardt.**

An der Heilanstalt **Dösen** (Leipzig) ist demnächst eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Gehalt im ersten Jahre 1800 M., dann 2100 M. bei freier Station. Bewerber werden gebeten, ihr Gesuch unter Beifügung des Approbationsscheines, etwaiger Zeugnisse und eines kurzen Lebenslaufes mit Angabe des Religionsbekenntnisses an den unterzeichneten Anstaltsdirektor zu schicken.

Obermedizinalrat Dr. Lehmann.

Oberwärterin

wird für die **Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Lüneburg** zum 1. Oktober gesucht. Anfangsgehalt 800 M. bei freier Station erster Klasse. Damen, welche eine höhere Mädchenschule durchgemacht oder auf andere Weise eine entsprechende Allgemeinbildung erworben haben, mögen Bewerbungen unter Beifügung eines ausführlichen Lebenslaufes und von Zeugnissen richten an die **Direktion der Provinzial-Heil- u. Pflege-Anstalt zu Lüneburg.**

„Friedheim" Zihlschlacht

Thurgau, Schweiz.

Comfortables Heim
(gegründet 1890)

für Nerven- u. Gemüts-kranke besserer Stände

inkl. **Alkoholiker** beiderlei Geschl.

Dr. F. Krayenbühl
Spezialarzt.

Dormiol

Billiges, prompt wirkendes **Schlafmittel** in Dosen von 0,5 — 3,0 gr. Gut bekömmlich, **keine Nebenwirkungen** beobachtet. Dem **Chloralhydrat** an **Wirkung gleich ohne dessen Nachteile.**

Dormiol-Kapseln zu 0,5 gr.

Crurin	**Bismutose**	**Orexin**
Streupulver. Antisepticum und Adstringens zum äusserl. Gebrauch.	bewährtes Adstringens und Protectivum.	echtes Stomachicum **Orexin-Tabletten** und **Orexin-Chocol.-Tabletten.**

Literatur durch: **Kalle & Co. A.-G., Biebrich a. Rh.**

Wir empfehlen angelegentlichst unsere unübertrefflichen

Holzwolle-Fabrikate zu Unterlagen für unreinliche Kranke.

Deutsche Holzwolle-Fabrik Loewenstein & Co.

Berlin, Greifswalderstraße 140.

Dr. Warda, früher I. Assistenzarzt von Herrn Geheimrat Professor Dr. Binswanger in Jena, empfiehlt seine Heilanstalt für Nervenkranke

Villa Emilia

zu **Blankenburg** im Schwarzatal (Thüringen). Die Anstalt ist durch einen schönen und zweckmäßigen Neubau vergrößert und das ganze Jahr geöffnet. 987

Dionin

Bewährtes Ersatzmittel für Morphin bei Entziehungskuren.

Es bewirkt selbst in größeren Dosen keine Euphorie und ist ohne kumulative Wirkung. Dionin ist ein sehr wirksames Sedativum und ein gutes Hypnotikum in einzelnen Fällen von Neuralgieen, bei Schlaflosigkeit auf nervöser Basis, sowie Melancholie.

Veronal

Sehr beliebtes Hypnotikum und Sedativum.

Es ist vor allen Dingen indiziert bei einfacher Insomnie, wie auch bei Schlaflosigkeit infolge schwererer, mit Depression oder Erregungszuständen verbundener Erkrankungen des Nervensystems. Mit Dionin kombiniert, auch bei Schmerzzuständen bewährt.

Literatur steht zu Diensten!

E. MERCK-DARMSTADT.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 25. 12. September **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Der Fall Pastor Lang.

Anonyme und pseudonyme Briefschreiberei.

Von Med.-Rat Dr. *Gerlach*, Königslutter.

Vom 14. bis 22. August 1908 fand vor dem Landgericht in Braunschweig die Hauptverhandlung gegen den der Beleidigung usw., begangen in anonymen und pseudonymen Briefen, angeklagten Pastor Lang aus Heckenbeck statt. Der Angeklagte ist verurteilt worden auf Grund eines ihn zweifellos belastenden Indizienbeweises. Er selbst beteuerte bis zum Schluß seine Unschuld. Zeugen für die Tat fehlten.

Für den Psychiater hat der Fall ein wissenschaftliches Interesse, weil Pastor L. sicher zu den Degenerierten gehört und seine freie Willensbestimmung, falls er der Täter, zu Zweifeln Anlaß geben muß. Hinzu kommt aber noch ein praktisches Interesse: Der Prozeß hat mit der erfolgten Verurteilung nur vorläufig einen Abschluß gefunden; Pastor L. will sich bei dem Urteil nicht bescheiden. Ist Revision oder Wiederaufnahme des Verfahrens zu versuchen? Ich habe mich den Verteidigern gegenüber schon am Tage nach der Urteilsverkündung für das letzte ausgesprochen. Die für eine Wiederaufnahme erforderlichen neuen Tatsachen herbeizuschaffen, scheint mir indessen keineswegs so einfach, wie dies in verschiedenen Zuschriften, deren eine sogar von jenseits der deutschen Grenze mir zuging, angenommen wird. Allen jenen Schreibern standen zur Verfügung nur die Zeitungsberichte über den Prozeß, und in diesen sind gerade die für die psychiatrische Beurteilung des Pastor L. wesentlichen Punkte teils ganz unvollständig, teils unrichtig aufgefaßt wiedergegeben. Der Sache und des Verurteilten wegen habe ich daher geglaubt, schon jetzt den in der Hauptverhandlung festgestellten Tatbestand sowie mein dort erstattetes Gutachten unter Fortlassung alles irgend Entbehrlichen veröffentlichen zu sollen.

Zu dem braunschweigischen Pfarrdorf Heckenbeck gehört die Filialgemeinde Dankelsheim (407 E.). Nach Zeugenaussage wurde D. anfangs der neunziger Jahre mit anonymen Briefen überschwemmt, bis der Staatsanwalt mit einer Massenverhaftung drohte. Über den oder die damaligen Schreiber ist nichts ermittelt worden. Erneut begann das Auftauchen anonymer und pseudonymer Briefe in D. und H. während der letzten Jahre. Ein Teil dieser Briefe ist sofort nach Empfang vernichtet. Der Staatsanwaltschaft gelang es trotz monatelanger stiller Arbeit nur zwölf dieser Briefe zusammenzubringen.

Den Hintergrund für diese Schreiberei bildet ein tiefgehendes Zerwürfnis zwischen dem Pastor Lang und dem Kantor Wunstorff in D. W. war dort bereits Lehrer, als L. im Jahre 1881 nach H. kam. Zuerst lebten die beiden in Frieden; dann begannen die kleinen Reibereien, wie sie zwischen Geistlichem und dem mit dem niederen Kirchendienst beauftragten Lehrer keine seltene Ausnahme. Auch die Schule, die der Aufsicht des Geistlichen unterstellt, wirkte bei diesen Reibereien mit. Die „strammen" Dankelsheimer, die nach Zeugenaussage schon den früheren Geistlichen stets Schwierigkeiten bereitet hatten, spalteten sich in zwei Parteien: L. und W. 1894 und 1895 kam es zum ersten offenen Konflikt. Die Partei W. reichte mehrere Beschwerden über L. beim Konsistorium ein. Die Beschwerden betrafen Kirche sowohl wie Schule. Die einzelnen Punkte waren geringfügig, dagegen bewiesen die Schriftstücke den tiefen Spalt. Die Angelegenheit wurde durch ein Mitglied des Kons. persönlich untersucht und endete mit einem ernsten Verweis für W. und mit einer Ermahnung für L. Weshalb das Kons. es unterließ, die beiden tief verfeindeten Führer durch Versetzung zu trennen, ist nicht erörtert. Während der folgenden Jahre war, wenigstens äußerlich, Ruhe. L. sowohl wie

W. behaupten, in dieser Beziehung ihr Möglichstes getan zu haben. Der Streit begann von neuem, als L. sich gezwungen sah, den Kantor W. wegen unzüchtiger Handlungen gegen erwachsene Schulmädchen beim Kons. zur Anzeige zu bringen. W. wurde disziplinarisch bestraft. Nunmehr aber begann zum mindesten seine Partei, wahrscheinlich auch er selbst, die fleckenlose häusliche Ehre Langs in der gemeinsten Weise zu besudeln. Gegen einen überführten Parteigänger fand L. Hilfe vor Gericht. Bei W. entschied das Konsistorium, daß, wenn er als Urheber derartiger Gerüchte festgestellt würde, seine Dienstentlassung erfolgen solle. L. wurde angewiesen zu klagen. In der ersten Instanz versuchte W. anfangs „Gedächtnisschwund" vorzutäuschen. Er wurde in Göttingen (Geh. Rat Cramer) als Simulant entlarvt und dann vom Gericht verurteilt. In der Berufungsinstanz trat für ihn eine Entlastungszeugin auf, deren Glaubwürdigkeit indessen angezweifelt wurde. Sie sollte widerlegt werden durch einen noch nicht geladenen Zeugen Müller. L.s Anwalt veranlaßte deshalb Vertagung des Termins.

Während dieser langwierigen gerichtlichen Verhandlungen tauchten die erwähnten Briefe auf. Sie sind sämtlich mit augenscheinlich verstellter Handschrift geschrieben, teils in Fraktur, teils in lateinischen Druckbuchstaben. Der letzterwähnte Zeuge M. erhielt bald nach dem abgebrochenen Termin eine Zuschrift, er solle nicht für L. zeugen. Beigefügt waren dem Brief 20 M. Der Gendarm in H. hatte zwei Briefe bekommen mit der Aufforderung, gegen L. zu wirken. Dem einen Brief waren 5 M. beigefügt; in beiden Briefen waren ihm für den Fall des Erfolges 500 M. verheißen. Die Dienstmädchen des Pastor L. ferner hatten eine Anzahl Briefe erhalten, von denen einige mit der Unterschrift „das Komitee" oder dergl. sie aufforderten, über L., besonders in sexueller Beziehung, Nachteiliges zu berichten, andere unsagbar gemeinen Inhalts waren. Endlich gelangte an die Staatsanwaltschaft noch eine Eingabe, die, gleichfalls in verstellter Handschrift geschrieben, Pastor Lang unterzeichnet war und die Mitteilung enthielt, der Unterzeichnete habe die sämtlichen anonymen Briefe geschrieben, sei seit 1906 geisteskrank und bitte um Strafe für seine Ruchlosigkeit.

Im Gegensatz zur Anklage, die den Pastor L. als Schreiber aller dieser Briefe und der Eingabe annimmt, beschuldigt L. die Partei W. der Urheberschaft. Die Briefe entsprächen den gemeinen Gerüchten, die erwiesenermaßen von jener Seite über ihn und sein Haus verbreitet worden seien. Über diese — anscheinend den ganzen Pfarrbezirk erfüllenden — Gerüchte berichtete ohne Erröten in der Hauptverhandlung eine Zeugin ungemildert und in behaglicher Breite. Ein als Zeuge vernommener Geistlicher betonte die Rohheit der dortigen Bevölkerung.

Das ist, soweit die Hauptverhandlung ein Urteil gestattete, das Milieu. Aus diesem Schmutz ragt hervor der Pastor L. Er hat seine ernsten Schattenseiten; sie werden noch Erwähnung finden. Aber von allen Zeugen, von allen Amtsbrüdern, die ihn seit langen Jahren kennen, wird ihm einstimmig bezeugt: Nie ist über seine Lippen eine Zote oder ein unflätiges Wort gekommen, nie hat er, auch nicht im ungezwungensten Verkehr, Freude an derartigen Bemerkungen bekundet. Sie alle, abgesehen von der Partei W., halten ihn nicht für fähig, derartige Briefe zu schreiben.

Für die Staatsanwaltschaft hatten sich anfangs Januar 1908 die Verdachtsmomente gegen Pastor L. derart verdichtet, daß am 8. Januar eine Haussuchung vorgenommen wurde. Hierbei wurden aus einem Chaos von Schreibpapier, Drucksachen usw. teils von der Oberfläche, teils aus der Tiefe einige Proben auf gut Glück mitgenommen. Der Zufall wollte, daß, wie die spätere Untersuchung durch den Gerichtschemiker ergab, unter den von oben stammenden Proben sich ein liniiertes Blatt befand, das am gerissenen Rande eine Faserung zeigte, die genau in die Randfaserung eines pseudonymen Briefes paßte, und ferner in der Liniatur die gleichen Eigentümlichkeiten aufwies wie jener Brief. Eine aus der Tiefe entnommene Probe von Briefpapier war etwas zerknittert. Die Knicke entsprachen in allen Einzelheiten den Knicken eines anderen pseudonymen Briefes. Das Gummi, mit dem der Umschlag für einen der gemeinsten Briefe zugeklebt war, zeigte die gleichen Eigentümlichkeiten wie das vom Pastor L. benutzte Gummi. Endlich ließ sich an den authentischen Schriftstücken des Pastor L. nachweisen, daß dieser bis zum Jahre 1907 eine grünfließende Tinte benutzt hatte, dann kurze Zeit eine Mischtinte (grün und blau) und zuletzt eine reinblaufließende Tinte. Denselben zeitlichen Wechsel zeigten die ihm zur Last gelegten Briefe, soweit sie mit Tinte geschrieben waren.

Die Ergebnisse der Schriftprüfung sprachen gleichfalls für die Täterschaft L.s, aber mit dem Vorbehalt: entweder hat er alle angeklagten Briefe geschrieben, oder es ist ihm für keinen mit Sicherheit nachzuweisen.

Am 24. Januar 1908 wurde L. in Untersuchungshaft genommen; am 7. April kam er zur Beobachtung und Begutachtung nach Königslutter.

Pastor L. ist am 5. April 1849 in Eicha (Meiningen) geboren. Keine erbliche Belastung (?). 1875

bis 1878 war er Pastor in Schwallungen. Er schied freiwillig aus dieser Stellung, um sich einer „Bedeutung" vor dem Oberkirchenrat zu entziehen. 1879 bis 1881 war er Rektor in Zehden. 1881 erhielt er die Pfarre in Heckenbeck. Seit 1882 ist er verheiratet. Der Ehe entstammen zwei Söhne (Lic. der Theologie und Stud. phil.).

Am späten Abend nach der Haussuchung (8. Jan.) wurde Pastor L. von den Angehörigen auf dem Hofe bewußtlos liegend gefunden. Man trug ihn ins Haus. Etwa 1/2 Stunde später begann er „mit kurzen Pausen zu toben, strampelte mit den Beinen in der Luft, mußte von 1 bis 2 Personen niedergehalten werden". Dabei redete er ganz verworren über seinen Streit mit W. Eine Stunde nach Ausbruch der Erregung erhielt er Morph. 0,02 subc. Die motorischen Erscheinungen und die Verworrenheit hielten trotzdem ungeschwächt noch zwei Stunden an. Am nächsten Morgen war L. noch matt, aber klar. Vom Mittag an bemerkten die Angehörigen nichts Außergewöhnliches mehr an ihm. Unter Hinweis auf die motorische Leistung und auf die Wirkungslosigkeit des Morph. habe ich entgegen anderwärts geäußerten Zweifeln den Erregungszustand für unbedingt krankhaft und für sicher nicht simuliert erklärt. — L.s geistiges Befinden bot darauf nach Aussage aller Zeugen und dem Gutachten des Gefängnisarztes nichts Auffälliges bis Ende März. Dann entwickelte sich in der Haft eine Psychose, unter deren Einfluß er am 31. März einen ernsten Selbstmordversuch (Durchschneiden der Radialis) beging. Er lag in einer großen Blutlache. Der herbeigerufene nächstwohnende Arzt fand ihn „fast abgeblutet". Hinterlassen hatte L. ein Schriftstück, in dem er „vor Gott und seinem Gewissen versicherte, auch nicht einen der Briefe geschrieben zu haben". Er scheide aus dem Leben, weil er nach Mitteilung des Untersuchungsrichters der Schreiber sein müßte.

In der hiesigen Anstalt bestanden die akuten Krankheitserscheinungen während der ersten Wochen noch fort. Siebzehn Dankelsheimer hätten sich mit Braunschweiger Rechtsanwälten und dem Staatsanwalt zusammengetan, um L. in der Hauptverhandlung durch sechs Meineide zu verderben. Von allen Seiten werde er rücksichtslos behandelt und vorsätzlich gekränkt. Halluzinationen waren während der Anstaltsbeobachtung nicht vorhanden. Ferner zeigten sich äußerlich nicht begründete Stimmungsschwankungen und eine hochgradige geistige Erschöpfung, die sich als rasche Ermüdbarkeit und auch als Verwirrtheit äußerte. Diese Krankheitserscheinungen klangen in der Anstalt ab; von der fünften, sicher von der sechsten Woche an war L. psychisch frei. Er hatte volle Krankheitseinsicht für das von ihm behauptete Komplott der Dankelsheimer sowie für die im Sinne einer Beeinträchtigung aufgefaßten Anstaltserlebnisse. Nicht in gleichem Umfang gab er die aus der Untersuchungshaft stammenden „Beeinträchtigungsideen" auf. (Freilich in diesem Punkt ergab die Hauptverhandlung, daß sicher nicht alle diese Klagen wahnhaften Ursprungs waren.) Die geistige Erschöpfung hatte sich ausgeglichen. Die Stimmung war gleichmäßig, zeigte wenigstens keine krankhaften Schwankungen und Färbungen mehr. Dagegen blieb zurück eine nicht vollwertige Merkfähigkeit und ein Mangel an Selbstkritik. Beim sofortigen Wiederholen der vorgesprochenen Wörter „Reiter, Löffel, Tanne, Ochse, Stube" ließ L. Tanne aus; nach drei Minuten gleichgültiger Unterhaltung lautete die Wiederholung „Reiter, Tanne, Baum" (s. u. Wahrheitsliebe). Für Zahlen war die Merkfähigkeit normal, normal für zusammenhängende Erzählungen. Über sein Vorleben war er auch in Nebensachen vollkommen orientiert. Er renommierte gern, aber ohne hinreichende Berechtigung mit seinen Leistungen, z. B. mit seinen erfolgreichen Bemühungen um ungeordnete Kranke des Wachsaales. Das Urteil eines älteren Wärters über das Vorgehen des Pastor L. lautete: Er macht es wie ein Kind. Abgesehen von diesen Mängeln aber erschien die Intelligenz des Angeklagten durchaus nicht unterwertig. Seine Anschauungen, Definitionen, Urteile gaben zu keinerlei Bedenken Veranlassung, auch nicht bei den eingehenden Erörterungen über seine Kämpfe mit W. und den Dankelsheimern. Hiermit stimmte überein seine klare Selbstverteidigung in der Hauptverhandlung und seine vollkommene Beherrschung des äußerst verwickelten Stoffes. Erst gegen Ende der siebentägigen Verhandlung ermüdete er; indessen er war nicht der einzige.*) — Bedenken aber erweckte dann wieder während der hiesigen Beobachtung und in der Hauptverhandlung sein Gefühlsleben. Wohl war die Liebe zur Familie, Dank-

*) Eingefügt muß hier werden, daß L. in der Nacht zwischen dem sechsten und siebenten Verhandlungstag zwei Tobsuchtsanfälle (Gefangenenwärter) hatte. Er führte sie zurück auf die hochgradige Aufregung, in die ihn die nachträgliche Beeidigung des als Zeugen geladenen Kantor W. versetzt habe. Dessen sämtliche gegen L. abgegebene Aussagen ständen hiermit unter Eid. L. war am Morgen sehr erschöpft, aber klar. Da nur noch die Begründung der Anklage und die Plaidoyers der Verteidiger übrig waren, ferner L. beabsichtigte, nur nochmals seine Unschuld zu beteuern und um Freisprechung zu bitten, schien es mir zulässig, der dringenden Bitte L.s entsprechend, den Versuch einer Fortsetzung und Beendigung der Verhandlung anheimzugeben.

barkeit für das hiesige Entgegenkommen und zwar nicht nur in Worten, Mitgefühl für die ihn umgebenden Kranken in sicher normaler Stärke vorhanden. Aber befremdend kühl blieb er bei den Erörterungen über seine augenblickliche Lage und seine Zukunft und bei der Besprechung der Zwistigkeiten, die zwischen ihm, dem Seelsorger, und seiner Gemeinde vorgekommen waren. Kaum hinreichend lebhaft reagierte er auch in der Hauptverhandlung auf diesen Gegenstand.

Die Täterschaft bestritt L., wiederholt unter Tränen, auch mir gegenüber. Zu derartigen Gemeinheiten, wie sie in mehreren Briefen enthalten, sei er nicht fähig. Wenn wirklich ihn stark belastende Papierstücke in seinem Hause gefunden seien, dann müßten diese, da die dazu gehörenden Briefe nicht von ihm, in sein Haus vom Schreiber hineingebracht sein. Sein stets unverschlossenes Haus hätte — abgesehen von der allerletzten Zeit — jeder unbemerkt betreten können, eine Behauptung, die durch Zeugenaussage bestätigt wurde. Der Tinte bestritt er jede Beweiskraft. Es seien die in dortiger Gegend allgemein gebräuchlichen Tintensorten. Und gerade seine dienstlichen Schriftsätze, die zum Vergleich gedient hätten, seien häufig mit der ihm vom Lehrer bei den Sitzungen gelieferten Tinte geschrieben worden. (Ich führe diese Aussagen des Pastor L. nur aus psychiatrischen Gründen an, aber nicht etwa als sachliche Einwände gegen den geführten Indizienbeweis!)

Die körperliche Untersuchung ergab nur Arteriosklerose. Motilität, Sensibilität und Reflexe waren normal. L. ist starker Raucher, aber kein Alkoholist.

Zur Beurteilung dieser Beobachtungsergebnisse wurden nun schon während L.s Aufenthalt in K.-L. alle über ihn und über seine früheren Fehden vorhandenen Akten (29 Bände) herangezogen. Das Ergebnis dieser Nachforschungen indessen blieb für das Gutachten der Hauptverhandlung fast ganz unverwertbar, weil die Verteidigung auf Freisprechung infolge unzureichenden Schuldbeweises rechnete, daher gegen die Verlesung aller Leumundszeugnisse Einspruch erhob und nur die Aussagen beeidigter Zeugen zuließ. Trotzdem gelang es, ein leidlich lückenloses Bild über die geistige Persönlichkeit des Pastor L. zusammenzubringen.

Über L.s Jugend berichtete ein Schulbekannter, der ihn allerdings seit 1870 zum ersten Male wieder vor wenigen Jahren gesehen und in H. besucht hatte. Nach ihm ist L. heute noch derselbe, der er vor 40 Jahren war. Schon auf der Schule war er „lebendig, von sich sehr eingenommen, witterte superklug überall Intriguen und suchte ihnen durch Intriguen zu begegnen. Von seinen Mitschülern, die ihn durchschauten, wurde er nicht ernst genommen. Im übrigen aber war er ein guter und harmloser Mensch und bei seinen Mitschülern durchaus beliebt". Der Zeuge faßte sein Urteil über L.s Intelligenz zusammen in die Worte: „Das Unvermögen, eine Sache objektiv zu betrachten, seine auf vollster Überzeugung beruhende und in Prahlerei zum Ausdruck kommende Überschätzung seiner eigenen Person — das sind Mängel, die mit seiner Natur auf's innigste verknüpft sind." In ähnlichem Sinne äußerten sich die zahlreichen Geistlichen, die in H. mit L. näher verkehrt hatten: „Es liegt in ihm ein gewisser Zug von Übertreibung, er litt an Unklarheit, war zu subjektiv, zu wenig objektiv. Er war schnell fertig mit dem Wort, unbedacht im Urteil. In ernsten Sachen war L. zuverlässig; bei nicht ernsten Sachen stand er im Rufe, er erzähle Jägerlatein, sohle. Aber an seine schiefen Darstellungen glaubte L.; von bewußten Unwahrheiten hielt er sich frei" (s. ob. Merkfähigkeit). Dagegen bezweifelte niemand die intellektuelle Fähigkeit des Pastor L. zur Bekleidung seines Amtes. Von allen über die letzten 20 Jahre vernommenen Zeugen wurde übrigens bestimmt bestritten, daß L. zum Wittern von Intriguen irgendwie neige. — Also nach diesen Zeugenaussagen von jeher ein unzureichendes Urteil über seine Persönlichkeit und seine Leistungen und eine mangelhafte Reproduktionstreue. — Für das Empfinden des Pastor L. kam in Betracht aus der Zeit seiner ersten Pfarre ein von ihm geschriebener und anerkannter Brief. Bei dem Bestreben, sich mit einem reichen Mädchen zu verloben, stieß er auf Widerstand bei deren Bruder, einem Gastwirt. Darauf schrieb er diesem, er würde bei Fortdauer des Widerstandes in das gefüllte Gastzimmer kommen und dort offen erzählen, was alles der verstorbene Vater des Mädchens ihm als Seelsorger auf dem Totenbette über seine Söhne geklagt hätte.

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Bericht über den Kurs über Familienforschung und Vererbungslehre in Giessen.** Vom 3. bis 6. August 1908 fand, worauf in dieser Zeitschrift schon mehrfach hingewiesen war, der Kurs unter einer Beteiligung statt, die über das Erwarten der Veranstalter groß war. Während die früheren Kurse und Kongresse, die an der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten unter Professor Sommers Ägide abgehalten wurden, sich an bestimmte Berufs- und damit Interessenkreise richteten, wandte sich bei der weiteren und allgemeinen Fassung des diesjährigen Programms der Ruf zur Teilnahme an keine bestimmte Berufsgruppe. — Auch in diesem Jahre wieder war ein dankenswertes Entgegenkommen verschiedener Ministerien und hoher Verwaltungsbehörden zu konstatieren.

Es nahmen am Kurs 57 Mitglieder teil. Dem Beruf nach waren darunter 21 Mediziner, 12 Lehrer, je 7 Juristen und Pfarrer, 4 Philologen. Ein großer Teil der teilnehmenden Ärzte, Lehrer und Pfarrer sind an Anstalten für geistig schwach veranlagte Kinder, an Strafanstalten und an Heil- und Pflegeanstalten angestellt. — Der Heimat nach waren 26 aus dem Großherzogtum Hessen (darunter 16 aus Gießen), 12 aus Preußen, 4 aus Mecklenburg, je 2 aus Bayern, Baden und Hamburg, je 1 aus Elsaß, Sachsen und Weimar. Von den außerdeutschen Teilnehmern kamen 2 aus der Schweiz, je 1 aus Holland, Rußland und Nord-Amerika. Zwei Damen nahmen vollberechtigt am Kurs teil, eine Vorsteherin eines Erziehungsinstituts und eine amerikanische Lehrerin, die auf deutschen Hochschulen ihrer Fortbildung sich unterzieht. — Eigentümlicherweise waren von Angehörigen alter adliger Familien, bei denen ein Interesse für die Zwecke des Kurses anzunehmen gewesen wäre, keine Teilnehmer erschienen.

Am Vorabend, Sonntag, den 2. August, fand ein zahlreich besuchter Begrüßungsabend statt, bei dem Professor Sommer den Werdegang des Kurses entwickelte und schilderte, wie aus dem Entwicklungsgang der früheren Kurse mit innerer Notwendigkeit der Gedanke hervorgewachsen sei, in einem besonderen Kurse die Tatsachen der Vererbung, Veranlagung und die damit zusammenhängende Lehre von der Familienforschung im Zusammenhang und als Ganzes zu behandeln.

Die folgenden der Arbeit gewidmeten Tage boten eine Menge Anregungen und zum Weiterdenken auffordernder Probleme und stellten nicht unerhebliche Aufgaben an die Aufmerksamkeit der Hörer — von 9 bis 1 und von 4 bis 6 Uhr waren regelmäßig Vorträge, denen abends geselliges Zusammensein, vielfach mit Weiterspinnung und Besprechung der angeregten Gedankenkreise, folgte. Mit regem und nicht versagendem Eifer folgten die Teilnehmer den Vorträgen und Demonstrationen aus Gebieten, die großenteils ihrem sonstigen Berufsleben doch fern lagen, wobei also die Notwendigkeit bestand, sich in ganz andere Gedankengänge und Anschauungskreise einzuarbeiten.

Als Vortragende waren von dem Veranstalter des Kurses gewonnen worden: der bekannte Genealoge Dr. Kekule von Stradonitz aus Groß-Lichterfelde, der Botaniker Geheimrat Prof. Hansen, der Anatom Prof. Strahl und Prof. Dannemann, Dozent für gerichtliche Psychiatrie, sämtlich in Gießen. Prof. Martin aus Gießen, der die Vererbungstatsachen und Züchtungsergebnisse aus dem Tierreich vortragen wollte, war krankheitshalber leider verhindert, seine Vorträge abzuhalten. Statt dessen wurden in diesen Stunden die Einrichtungen der Klinik und die Anwendung der Sommerschen Untersuchungsmethoden und seiner Apparate demonstriert.

In klaren Ausführungen legte Dr. v. Kekule die Elemente der Genealogie dar, ausgehend vom Grundbegriff der Familie, einer Trias aus beiden Eltern und deren Nachkommen. Auf dieser Grundlage entwickelt sich durch systematischen Ausbau nach oben die „Ahnentafel", deren Unterschied gegen den „Stammbaum" eingehend und an Beispielen erläutert wurde. Seine Zeichensprache fand, wie nachher in den Besprechungen sich herausstellte, allgemeinen Anklang und wurde als sehr praktisch erfunden. An der Hand einer großen Reihe praktischer Beispiele wurden die bei genealogischen Untersuchungen sich leicht einschleichenden Fehler besprochen, auf die z. T. weitgehende Schlüsse betr. Charakteranlage usw. der betreffenden Persönlichkeit gebaut waren. Einer eingehenden, auch durch viele Zahlen belegten Erörterung unterzog der Vortragende den „Ahnenverlust", einen höchst unglücklich gewählten Namen, der besagen soll, daß bei Identität von Vorfahren, also bei Verwandtenehen, die Zahl der wirklichen Personen als Ahnen geringer ist, als der geometrischen Progression entspricht. Zu welch ungeheuren Zahlen von Personen die Ahnentafel ohne „Ahnenverlust" käme, wies er an der Hand des „Deszent" Kaiser Wilhelms II. auf Kaiser Karl den Großen nach; die Zahl der in dieser Generation — ohne Verwandtenehen — rechnerisch sich ergebenden Personen ist so groß, daß sie weit mehr als die Bevölkerung Europas beträgt! — Als großen Fehler der Stammbäume und mancher genealogischen Forschung wies er die vielfach noch vorkommende Vernachlässigung der weiblichen Vorfahren und deren Familienzusammenhänge nach. Auch die Eigenschaften der Nachkommen erklären sich durch Vererbung von Eigenschaften der Vorfahren, durch Einflüsse und Besonderheiten, die schon in den Keimelementen enthalten sein müssen.

Letzteres Thema, Bau und Eigenschaften der Keimelemente, die Vorgänge der Befruchtung und Entwicklung besprach Prof. Strahl im anatomischen Institut an der Hand der schönen Sammlungen und Präparate in formvollendeter, durchdachter und allgemein verständlicher Weise in zwei Stunden.

Das gleiche Gebiet im Pflanzenleben erörterte Geheimrat Prof. Hansen, ebenfalls an der Hand von Zeichnungen, Plänen und Präparaten. Naturgemäß nahm hierbei einen großen Teil seiner Ausführungen die Besprechung der Mendelschen Versuche

und Vererbungsregeln (die auch in Sommers bekanntem Buch über Familienforschung eingehend behandelt sind) in Anspruch, die durch entsprechende Präparate schön illustriert und gemeinverständlich gemacht waren.

Dies waren die Grundlagen, auf denen Professor Sommer in seiner geistreichen Weise seine fesselnden Darlegungen bot. Trotz der Sprödigkeit der Materie verstand er es in der kurzen Zeit, den Teilnehmern das Wesentliche seiner Darlegungen klar zu machen, die durch psychophysische Reaktionen herausgestellte und bewiesene Eigenart der Anlage von Individuen. Die von ihm inaugurierte Untersuchung großer Personenreihen, Normaler, Nervöser und psychisch Kranker, mit demselben psychophysischen Reiz und mit seinen graphischen Untersuchungsapparaten legt eine Fülle von Eigenheiten dar, die sich zu Gruppen zusammenfassen und kombinieren lassen; in diesen Reaktionen sind Züge aus der tiefsten psychophysischen Konstitution des Individuums zu sehen, die im wesentlichen und meist auf seine Anlage zurückgehen. Eine Reihe von Erfahrungen hat gezeigt, daß bei Familienmitgliedern ähnliche spezifische Reaktionen als Charaktereigentümlichkeit zu beobachten sind. — Unter allgemeiner Spannung legte er die — in der breiteren Öffentlichkeit noch nicht bekannten — eigenartigen tabellarischen Zusammenstellungen von Reaktionszeiten auf einfache akustische und optische Reize dar in ihren Gruppierungen nach verschieden veranlagten Individuen und zeigte, wie schon aus solch einfachen vergleichenden Untersuchungen in Ansehung von Länge der Reaktionszeiten, maximaler Häufung und Streuung der Reaktionen Hinweise auf die verschiedenartige Äußerung der psychophysischen Konstitution, der psychischen Veranlagung zu entnehmen sind. Ebenso wurde demonstriert, wie z. B. aus der graphischen Aufnahme der Kniereflexe und aus der Analyse von Zitter- und Haltungskurven wichtige Hinweise auf das Vorliegen nervöser Veranlagung und Erkrankung sich ergeben.

Die aus psychiatrischen Erfahrungen sich ergebenden Tatsachen über psychische und nervöse Degeneration führte Professor Sommer an der Hand zahlreicher Einzelbeobachtungen aus, ebenso die Fragen der Erziehbarkeit und Strafbarkeit. In einem glänzenden, schwungvollen Schlußvortrag besprach er, nach Erörterung der Regeneration und ihrer Mittel, die Frage des natürlichen Adels, einer Auslese der Tüchtigsten, worauf der Fortschritt der Kulturentwicklung beruht.

Gründlich und sorgsam durchgeführt waren die Ausführungen von Prof. Dannemann, der die Tatsachen der Vererbung und der Veranlagung im Gebiet der Geistesstörungen und der Kriminalität behandelte. In sinnfälliger Weise wurden diese erläutert durch eine große Anzahl von Hereditätstafeln von früheren und jetzigen Kranken und Beobachtungsfällen der Klinik. In ungleich größerer Häufigkeit liegt erbliche Belastung und Veranlagung bei psychisch Kranken, Nervösen und Kriminellen vor, als allgemein bekannt ist. Bei der Feststellung derartiger Punkte muß nicht allgemein nach Erblichkeit gefragt werden; es empfiehlt sich mehr, sich die Namen der Verwandten und Angehörigen nennen zu lassen und diese stammbaumartig zu notieren; dann haben die Befragten eine gewissermaßen optische Vorstellung der Betreffenden, und es ergibt sich mancher Hinweis dabei, der von großer Wichtigkeit für die Auffassung des Falles sein kann. Eindringlich wurde auf die große Bedeutung des Alkoholismus der Vorfahren, namentlich in Verbindung mit psychopathischer Veranlagung des anderen Ehegatten, hingewiesen und auf die in körperlicher, nervöser und psychischer Beziehung bedenkliche Prognose für die Nachkommenschaft. — Auch hier war der Schlußvortrag, der von der Prophylaxe, der Verhütung von Psychosen und Neurosen und der Behandlung der psychopathisch Veranlagten handelte, von besonderem Beifall gefolgt infolge der lichtvollen Klarheit der Ausführungen. — Im Anschluß an die Vorträge fand am Montag Abend eine zwanglose gesellige Vereinigung im Hause Sommer in anregender Unterhaltung statt, am Dienstag ein gemeinschaftlicher Ausflug auf den Schiffernberg. Am Mittwoch Abend war ein öffentlicher Vortrag, der auch aus den Kreisen der Gießener Bürgerschaft zahlreich besucht war. Dr. v. Kekule und Prof. Sommer sprachen über Bismarck und Goethe vom Standpunkt der Vererbungslehre und betonten auch hierbei in beiden Fällen die Eigenschaften, die von den weiblichen Vorfahren vererbt und mitgebracht waren und die eine wesentliche Rolle in deren psychischer Eigenart spielen.

Im Anschluß an den Kurs fand am letzten Tage in Anwesenheit auch von Nichtteilnehmern des Kurses eine Besprechung statt, zum Zwecke weiterer Organisation der naturwissenschaftlich genealogischen Arbeit. Es wurden hierbei von Kursteilnehmern z. T. weit zurückgehende Stammtafeln ihrer Familien mit seltener Vollständigkeit vorgewiesen; ferner sprach Dr. von den Velden-Weimar über ein sehr aktuelles Thema, die Stammtafel des Grafen Zeppelin, dessen großer Flug am vorhergehenden Tag stattgefunden hatte. Dessen Stammtafel hat eine große Ähnlichkeit mit der des Generalfeldmarschall Graf Moltke. In beiden handelt es sich um eine Mischung norddeutschen Landadels mit Nachkommen von französischen Emigranten und südwestdeutschen Volkselementen.

Es wurde von der Gründung einer neuen Vereinigung abgesehen und folgenden Resolutionen zugestimmt: 1. Ein Zusammenschluß der naturwissenschaftlichen und genealogischen Arbeit zum Zweck einer exakten Familienforschung, besonders im Hinblick auf die Erscheinungen der Vererbung, Degeneration und Regeneration ist notwendig. 2. Zu diesem Zwecke wird eine Kommission aus den Herren Dr. Dr. Breymann-Leipzig (Vorstand der Zentralstelle für Deutsche Personen- und Familiengeschichte), von Kekule, von den Velden, Sommer, Dannemann, Kaup-Berlin (von der Zentrale für Volkswohlfahrt) und Plötz-München (Herausgeber des Archivs für Rassen- und Gesellschaftsbiologie) eingesetzt. 3. Zur Sammlung familiengeschichtlicher

Tatsachen erscheint die Leipziger Zentralstelle für Deutsche Personen- und Familiengeschichte geeignet. Der Beitritt zu derselben wird anheimgegeben.

Zum Schluß fand noch an diesem Abend ein zahlreich besuchter Ausflug nach Wetzlar statt mit seinen vielerlei Erinnerungen an Goethe.

Ein ausführlicher Bericht über die Kursvorträge wird in einem der nächsten Hefte von Sommers „Klinik für psychische und nervöse Krankheiten" (Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.) erscheinen.

Becker-Gießen.

— **Bericht** über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** zu Berlin am 24. und 25. April 1908. (Fortsetzung.)

Diskussion zum Vortrag Brodmann:

H. Vogt-Frankfurt a. M.: Die Bedeutung der histologischen Lokalisation ist nicht nur für die normale Anatomie, die Phylogenie, sondern auch für die Pathologie von Interesse, es ist auch in der Tat möglich, daß die vergleichende Anthropologie daraus Nutzen zieht, jedenfalls gibt der Weg dieser Forschung mehr Anhaltspunkte als der bisherige Vergleich der Form verschiedener Menschenrassen auf dem Wege des Gewichts und des Verhaltens der Sulci. Wichtig erscheinen aber die Brodmannschen Ergebnisse für die pathologische Entwicklung: in zwei Fällen von Idiotie auf der Basis der Entwicklungshemmung zeigte die Hirnrinde nur Spuren histologischer Lokalisation, die Rinde war fast überall gebaut nach dem Typus des sechsschichtigen Typus. Der Zeit nach handelt es sich, wie die pathologische Entwicklung zeigt, jedenfalls in der histol.-lokalisatorischen Differenzierung um ein Ergebnis der späteren Entwicklungszeit.

Nießl v. Mayendorf: Brodmann hat als Ergebnis seiner mehrjährigen histologischen Studien die Feststellung zweier Strukturtypen der Hirnrinde angesprochen. Erstens besitze die gesamte Rindenfläche einen einheitlichen und zwar sechsschichtigen Aufbau, zweitens werde diese sechsfache Schichtung in manchen Gegenden durch die Anwesenheit anders gestalteter und durch eine Verschiedenheit in der Zahl überall vorhandener Elemente verwischt, wie dies am prägnantesten an der Kalkarinusrinde augenscheinlich wird. Diese hat, wie mit Nachdruck hervorgehoben werden muß, nicht Brodmann, sondern Meynert erkannt und 1868 in seiner Arbeit „Über den Bau der Großhirnrinde und ihre örtlichen Verschiedenheiten" trefflich geschildert. Es muß ferner nicht unbegründetes Mißtrauen erwecken, wenn Brodmann ungeachtet seines eigenen Zugeständnisses, daß es ihm noch nicht gelungen sei, über die baulichen Differenzen positive Angaben zu machen, mit landkartenscharf umrissenen Feldern am Tier- und Menschenhirn hervortritt. Es besteht die Gefahr, daß durch die Details, deren Bedeutung noch sehr fraglich ist, die wesentlichen Verschiedenheiten in den Hintergrund gedrängt und verdeckt werden.

Kölpin betont die Wichtigkeit einer genauen Kenntnis der Zytoarchitektonik der Hirnrinde für die Pathologie. Er ist in der Lage gewesen, zwei Fälle von Huntingtonscher Chorea zu untersuchen, in denen sich — abgesehen von allgemeinen degenerativen Veränderungen der Ganglienzellen in einzelnen Rindengebieten ein Zurückbleiben der Entwicklung auf einer infantilen Stufe nachweisen ließ. K. hielt solche Veränderungen für prinzipiell wichtig; die Huntingtonsche Chorea ist eine Erkrankung, die sich auf einer degenerativen Basis entwickelt, und Befunde, wie die obigen, weisen uns vielleicht die Richtung, in der wir die anatomischen Grundlagen für das, was man klinisch unter dem Begriff der Degeneration zusammenfaßt, zu suchen haben.

Brodmann (Schlußwort):

ad 1. Daß die mitgeteilten lokalisatorischen Ergebnisse, wie Vogt meint, außer für die Teratologie auch für die Anthropologie von Bedeutung werden können, sofern nur erst die einzelnen Felder noch genauer hinsichtlich der individuellen Variationsbreite und hinsichtlich pathologischer Abweichungen studiert sind, ergibt sich schon aus meinen vor Jahren gemachten Feststellungen an Gehirnen einer niederen Völkerrasse. Ich konnte nachweisen, daß bei Javanern, ähnlich wie es Elliot Smith von Ägyptern und Sudanesen beschrieben hat, die Ausbildung der area striata eine Mittelstellung zwischen dem Europäer- und Anthropoidengehirn einnimmt, indem dieses Rindenfeld bei jenen, im Gegensatz zum Europäer, sich stark auf die Konvexität ausdehnt und wie bei Anthropoiden zu einer Art Operkularbildung Veranlassung gibt. Ähnliche Rasseneigentümlichkeiten werden sich wohl auch für andere Felder feststellen lassen.

ad 2. Die Befunde Kölpins kann ich bestätigen. Es handelt sich in der Tat um ein Persistieren eines infantilen Schichtungstypus.

ad 3. Die Verdienste Meynerts sind von mir überall anerkannt worden und schon in meiner ersten Mitteilung zu dieser Frage (1902) habe ich hervorgehoben, daß ich nur einen Gedanken Meynerts verwirkliche, wenn ich eine organologische Gliederung der Großhirnrinde nach anatomischen Gesichtspunkten unternehme. Nießl v. Mayendorf ist aber falsch unterrichtet, wenn er behauptet, daß die von mir vorgetragenen Feststellungen von Meynert stammen. Weder hat Meynert jemals von einem sechsschichtigen Grundtypus in der Säugetierreihe gesprochen — er hat ausschließlich den Menschen behandelt und für diesen generell eine fünfschichtige Rinde angenommen, abgesehen von wenigen Ausnahmen —, noch hat Meynert eine topographische Feldereinteilung beim Menschen oder bei irgendeinem Tier je durchgeführt. Der erste, der ein Rindenfeld überhaupt topographisch abgegrenzt hat, war Bolton (1900).

Was vom Vorredner im übrigen eingewendet wurde, beweist, daß er den Sinn meiner Ausführungen gar nicht verstanden hat. Sein Mißtrauen gegen meine Angaben trage ich mit Ruhe, solange er keine Gründe nennt. Die Bedeutung meiner lokalisatorischen Ergebnisse ist von zoologischer Seite längst gewürdigt.

O. Fischer: Die Histopathologie der Presbyophrenie.

F. referiert über weitere Untersuchungen, welche die von ihm in Bd. XXI der Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. beschriebenen und nach ihm für die Presbyophrenie charakteristischen Veränderungen der Hirnrinde betreffen; es wurden bis jetzt 37 senile Demenzen untersucht, von denen 9 einfach dement waren und in deren Gehirn keine der beschriebenen Drusen vorhanden waren; die übrigen 28 Presbyophrenien mit mehr oder weniger starker Störung der Merkfähigkeit, Konfabulationen oder auch deliranten Zuständen wiesen dagegen alle mehr oder weniger reichliche Drusen auf. Bei 50 Paralysen (darunter 5 über 60 Jahre alte) fehlten dieselben, bei 23 anderen Psychosen (darunter 7 über 60 Jahre alte) fehlten dieselben ebenfalls.

Unter 14 Fällen von Demenz nach Enzephalomalazie waren 5 einfach Demente und zeigten keine Drusen, von 9 mit presbyophrenen Zügen hatten 3 spärliche Drusen.

Bei 20 geistig Normalen (darunter 5 Greise) fehlten die Drusen im Gehirn.

Was den Bau der Drusen anlangt, so kam F. durch die weiteren Untersuchungen zu einer etwas anderen Ansicht, als in der erwähnten Publikation mitgeteilt worden ist. Nach der älteren Auffassung waren es mehrere ähnliche Herdchen, die auf die benachbarten Neurofibrillen einen derartigen proliferativen Reiz ausübten, daß die letzteren zu zahlreichen Beulen auswuchsen. Es zeigten aber jetzt weitere Färbungen nach Bielschowsky und mit verschiedenen Anilinfarben, daß das Zentrum der Drusen aus feinsten Fäserchen besteht, die kernförmig oder zu zopfähnlichen Strähnen vereinigt in ihrem Aussehen vollkommen Drusen von Streptotricheen gleichen und die das Eigenartige zeigen, daß sie sich immer nur an ein kleines Rindenglied anschließen. Im Mikroskope sehen die zentralen Teile der Drusen genau so aus wie Bakteriendrusen, die aber das Eigenartige hatten, daß sie keinerlei Entzündung setzen, sondern als einzige Reaktion die Wucherung der Neurofibrillen verursachen. Züchtung wurde schon bei mehreren Fällen gemeinsam mit Dr. Zupnik gemacht, jedoch bis jetzt ohne Resultat.

Diskussion: H. Vogt-Frankfurt a. M.: In der pathologischen Abteilung des Frankfurter neurologischen Instituts hat Hübner-Bonn im Winter 1908 eine große Zahl von senilen Fällen untersucht. Es kann die Angabe von Fischer, daß nichtsenile Fälle die Veränderung nicht zeigen, bestätigt werden. Auffallend war die große Verschiedenheit der Fälle in bezug auf Reichtum und Größe der Herde sowie die Beziehung zu den Gefäßen; auf das bakteriologische Gebiet kann Redner dem Vortr. nicht folgen. Wahrscheinlicher bleibt, daß es sich um Untergangsvorgänge handelt. Ob nur die Presbyophrenie und nicht auch andere senile Fälle die Veränderung zeigen, hält Redner noch nicht für entschieden. (Es werden mehrere Figuren demonstriert.)

Forster fragt, ob Artefakta mit Sicherheit auszuschließen sind und ob die sogen. corpora versicolorata von Siegert oder Schimmelpilze nicht in Betracht kommen. Nach seinen Untersuchungen bietet das Rindenbild als Ganzes bei Presbyophrenie eine eigenartige Veränderung, die jedenfalls die Differentialdiagnose gegenüber der Paralyse mit Sicherheit stellen läßt. Bei einem Fall von Tabes, der nebenbei das Bild einer presbyophrenen Psychose bot, konnte mikroskopisch bei der Hirnuntersuchung an dem charakteristischen Bild nachgewiesen werden, daß es sich wirklich um die Kombination von Presbyophrenie und Tabes gehandelt hat.

O. Fischer (Schlußwort) bemerkt zur Diskussionsbemerkung von Forster, daß er durch vielerlei Behandlung der Gehirne und schon einige Stunden nach dem Tode sezierte Gehirne Kunstprodukte ausschließen konnte. Zu dem Einwande von H. Vogt bemerkt F., daß er die geschilderten Drusen als etwas dem Gehirne ganz Fremdes, Organisches und Wachsendes ansehen muß und bei der morphologischen Ähnlichkeit kann er es vorläufig als nichts anderes als Bakterien ansehen. (Schluß folgt.)

Referate.

— Jul. Morel-Mons, Les Sociétés de patronage des Asiles d'aliénés. Ce qu'elles sont, ce qu'elles devraient être. Bologna 1907. 78 S. (Referat vom II. internat. Kongreß für Irrenpflege.)

Die Schrift bringt mehr, als man nach den Titelfragen vermuten könnte. M. bespricht nicht nur Entwickelung, Organisation und Zukunftsaufgaben der Hilfsvereine für Geisteskranke, sondern sucht in beweglicher Darstellung weite Kreise zur Mitarbeit auf dem Gesamtgebiet der prophylaktischen, therapeutischen und sozialen Aufgaben heranzuziehen, welche an den Geisteskranken selbst, ihren in wirtschaftliche Not geratenen Angehörigen und ihrer durch erbliche Veranlagung bedrohten Nachkommenschaft zu lösen sind. Für den fachärztlichen Leser, welchem die meisten Forderungen und Begründungen M.s geläufig sind, ist der warme Ton, der aus M.s Ausführungen spricht, anziehend. Willkommen sind die Zusammenstellungen über die in den verschiedenen Ländern vorhandenen Hilfsvereine und die zahlenmäßigen Angaben über ihre Tätigkeit, ebenso die Nachrichten über die Ausbreitung der Familienpflege, bei welcher M. ausführlich verweilt. Mit Entschiedenheit wird die Entlohnung der Anstaltsarbeit der Kranken gefordert. Ein Teil des Arbeitsverdienstes der Kranken soll der Kasse der Hilfsvereine zufließen. In einem Schlußkapitel stellt M. alle seine Forderungen in Leitsätzen übersichtlich zusammen und gibt als Anhang einen Entwurf für die Satzungen eines Hilfsvereins. Mercklin.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 26. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr Nr 823.

Nr. 26. 19. September **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Über die sogenannte moral insanity und ihre forensische Bedeutung.

Gekürzter Vortrag*) gehalten am 3. Dezember 1907 in der Österreichischen Kriminalistischen Vereinigung von Primararzt Dr. *Josef Berze*, Direktor-Stellvertreter der niederösterreichischen Landesanstalten für Geistes- und Nervenkranke in Wien.

Nach einem Hinweise auf die große Menge der verschiedenartigen Probleme, die mit der Frage der moral insanity zusammenhängen, wendet sich der Vortragende seinem forensisch-psychiatrischen Thema zu. Er stellt sich zunächst die Frage: Mit welchem Grade von Sicherheit und an der Hand welcher Kriterien können wir Individuen, die an einer strafrechtlich relevanten moral insanity leiden, aus der Gesamtheit der Verbrecher, insonderheit der Gewohnheitsverbrecher, herausheben? Es gibt, wie der Vortragende ausführt, zwei Wege, die da versucht werden können.

Zunächst kann man, von der Anschauung ausgehend, daß es vor allem auf den Defekt der „wahren, inneren Moral, der Gefühlsmoral", ankomme, untersuchen, mit welchem Grade von Sicherheit der große Kreis der pathologischen Defekte dieser „eigentlichen" Moral von noch innerhalb der physiologischen Variationsbreite liegenden Moraldefekten abgegrenzt werden kann. Nur wenn dieser Kreis, der selbstverständlich sowohl die strafrechtlich relevanten als auch die strafrechtlich nicht relevanten Defekte der eigentlichen Moral umfaßt, mit genügender Sicherheit abgegrenzt werden kann, ist überhaupt an die Möglichkeit der Heraushebung einer strafrechtlich relevanten Form beziehungsweise eines strafrechtlichen Grades dieses Defektes aus der großen Menge der moralischen Defektzustände zu denken. Die Prüfung der Beweismittel für die pathologische Natur eines Defektes der Gefühlsmoral ergibt nun ein kaum zureichendes Resultat. Direkte Beweismittel gibt es nicht; aber auch die indirekten sind von höchst zweifelhaftem Werte, so vor allem der den bezeichneten Moraldefekt allerdings in sehr vielen Fällen begleitende Intelligenzdefekt, die von manchen als charakteristisch angesehenen Anomalien der Intelligenz, die Unerziehbarkeit beziehungsweise Unbeeinflußbarkeit, das frühzeitige — in zartester Kindheit — Auffälligwerden des Defektes, die hereditäre Belastung, die somatischen und körperlichen Degenerationszeichen. In ihrer Gesamtheit oder in einer bestimmten Gruppierung können diese Zeichen allerdings die pathologische Natur des Defektes in mehr oder minder zureichendem Maße wahrscheinlich machen, ein halbwegs sicherer, allgemeine Anerkennung erzwingender Beweis kann aber auf diesem Wege nicht erbracht werden.

Ja es ist, wie die Erfahrung so vielfach gelehrt hat, möglich, daß von zwei Psychiatern, die gleicherweise kein Bedenken tragen, die erwähnten Zeichen als „stützende Punkte für die Diagnose" anzuerkennen, der eine einen ausgesprochenen pathologischen Moraldefekt konstatieren kann, wo sich der andere für berechtigt hält, eine derartige Annahme mit voller Sicherheit abzulehnen. Dies erklärt sich daraus, daß es darauf ankommt, welchem Grade jedes einzelnen Defektzeichens der betreffende Psychiater pathologische Bedeutung beimißt, wie also das Wertungsschema, das sich der Psychiater für diese Zeichen zurechtgelegt hat, beschaffen ist, da es eben ein allgemein gültiges beziehungsweise allgemein anerkanntes Wertungsschema nicht gibt. So ergeben sich die größten Schwierigkeiten in foro, aus welchen gegenwärtig ein Ausweg nur durch eine Art stillschweigenden Übereinkommens zwischen Psychiatrie und Strafrecht, „eine Art ungeschriebenes Regulativ" (Siefert) gefunden werden kann, das der Hauptsache nach auf Konzessionen hinausläuft, die psychiatrischerseits um der praktischen Rücksichten willen gemacht werden.

Einigermaßen anders liegt die Sache, wenn wir das Hauptproblem nicht in der Frage suchen, ob

*) Ausführlich erschienen im Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik von Gross, Band XXX.

im speziellen ein logischer Defekt der eigentlichen, also der Gefühlsmoral, anzunehmen ist oder nicht, sondern das Hauptgewicht auf die intellektuellen (moralischen, dann im weiteren Sinne: sozialen und „pseudomoralischen") Hemmungen legen.

Wir können dies tun, weil der Defekt der eigentlichen Moral, falls er auch noch so sicher ein pathologischer ist, keineswegs notwendigerweise das Kriminellwerden des Individuums nach sich zieht, seine Konstatierung das Individuum sohin noch nicht exkulpieren kann, sondern die Exkulpation im allgemeinen erst dann gerechtfertigt erscheint, wenn auch die intellektuellen Hemmungen so weit defekt sind, daß das Individuum unfähig ist, gegen die auf der Basis des Defektes der Gefühlsmoral erwachsenden kriminellen Antriebe mit Erfolg anzukämpfen. Durch diese Überlegung kommen wir zu dem Schlusse, daß vor allem eine eingehendste Untersuchung des intellektuellen Moralfaktors geboten ist.

Diese Untersuchung darf aber keineswegs in einer einfachen „Intelligenzprüfung", wie sie gewöhnlich geschieht, bestehen. Auf das sogenannte geistige Inventar kommt es durchaus nicht in erster Linie an; die Feststellung des Umfanges desselben im speziellen Falle kann bestenfalls zur Beantwortung der Frage dienen, ob das Individuum in seinem habituellen geistigen Zustande die Einsicht in die Strafbarkeit der in Betracht kommenden Handlung besitzt oder nicht. Die durchzuführende Untersuchung hat vielmehr vor allem zu zeigen erstens, ob das Individuum im Besitze der erwähnten intellektuell moralischen Hemmungen ist oder ob dieser Moralfaktor infolge pathologischer Verhältnisse defekt ist, was auch dann der Fall sein kann, wenn das geistige Inventar ein sehr ansehnliches ist, zweitens, ob das Individuum im allgemeinen imstande ist und insbesondere, ob es zur Zeit der Tat imstande war, diese Hemmungsvorstellungen zur Geltung kommen zu lassen, oder ob und bis zu welchem Grade es zur Zeit der Tat durch pathologische Einflüsse in dieser Hinsicht geschädigt war. Sie hat festzustellen nicht nur, wie es um das Unterscheidungsvermögen, sondern auch, wie es um das Entscheidungsvermögen zur Zeit der Tat stand. Notwendig ist daher, neben einer genauesten Untersuchung des habituellen Geisteszustandes, eine möglichst treue Rekonstruktion des Geisteszustandes zur Zeit der Tat. In einem Gutachten, das diesen Forderungen gerecht wird, wird der Richter, dem die Aufgabe zufällt, die Frage der Subsumtion unter den Strafausschließungsparagraphen zu erledigen, alles finden, was ihm der Psychiater nach dem jeweiligen Stande der Wissenschaft bieten kann. Freilich wird der Richter oft mit dieser Hilfe nicht recht zufrieden sein! Die Feststellung, ob ein degeneriertes Individuum zur Zeit der Tat fähig war, die Strafbarkeit der in Frage kommenden Handlung einzusehen, und noch mehr die Frage, ob es fähig war, sich auf Grund der Überlegung für oder gegen die Tat zu entscheiden, gehört schon im allgemeinen zu den schwierigsten Aufgaben, die dem Psychiater überhaupt gestellt werden können, in manchen Fällen sind die Schwierigkeiten aber geradezu unüberwindlich. Das Heil darf in solchen Fällen aber nicht von einem „Regulativ" zwischen Psychiatrie und Strafrecht gesucht werden; nicht die Psychiatrie soll gezwungen werden, durch Konzessionen über die Schwierigkeiten hinwegzuhelfen, sondern der Richter muß auf Grund juristischer Erwägungen und nach juristischen Prinzipien den Ausweg aus diesen Schwierigkeiten finden, während es die Sache des Psychiaters ist, das non liquet nötigenfalls klar und deutlich auszusprechen.

Mit dem weiteren Ausbau der psychiatrischen Untersuchungsmethoden werden sich die dubiosen, nicht bestimmbaren Fälle ja wahrscheinlich vermindern, ganz verschwinden werden sie aber wohl nie, und immer wird der Richter auch Fälle erleben, mit denen er fertig werden muß, ohne daß ihm der Psychiater genügende Anhaltspunkte für die Entscheidung zwischen zurechnungsfähig und unzurechnungsfähig bieten kann.

Der Fall Pastor Lang.

Anonyme und pseudonyme Briefschreiberei.

Von Med.-Rat Dr. *Gerlach*, Königslutter.

(Schluß.)

Zur Sprache und Verlesung kamen aus der Zeit in H. mehrere Berichte an das Konsistorium, die den erforderlichen Takt vermissen ließen; zur Sprache kam eine deplazierte Tischrede und einige Entgleisungen bei Erläuterungen im Religionsunterricht. (Der Einwand wurde von den Amtsbrüdern nicht ausnahmslos als berechtigt anerkannt.) Der Generalsuperintendent bezeichnete ihn als empfindlich und explosiv Das

letzte bestätigte auch der mit L. in Frieden lebende Kantor F. in H. Demgegenüber aber wurde von allen Seiten betont: „Seinen Freunden war er ein treuer und zuverlässiger Freund. Seine Anschauungen und Empfindungen über Recht und Unrecht, Erlaubt und Unerlaubt, Gut und Böse und sein Mitfühlen haben bei seinen Amtsbrüdern nie auch nur zu leisen Bedenken Veranlassung gegeben." Also auf der einen Seite normale, stellenweise vielleicht zu lebhafte Gefühlsäußerungen, auf der andern Seite ein deutliches Manko in den Empfindungen für so manche, dem Stande eines Geistlichen nicht angemessene Handlungen. — In Schwallungen war L. zum ersten Male in seinem Leben völlig auf sich angewiesen. Sein als Zeuge vernommener Schulfreund hat damals „als Gerücht" gehört, daß dem Pastor L. in seinem Auftreten „der Halt gefehlt habe". An seinem Auftreten ist er dort gescheitert. Sein Vater äußerte damals, „daß dieser Sohn ihm große Sorge mache". Für seine Lebensführung in Zehden fehlen Zeugen; nach den Akten ist von der weltlichen Behörde alles versucht worden, um ihn zu halten. L. schied, weil er ins Pfarramt wollte. In H. hat er wahrscheinlich an der Ehefrau eine Stütze gefunden. Nach Aussage eines ihm nahestehenden Berufsgenossen ist er dort gegen manche Mißstände in seiner Gemeinde, vor allem gegen die Roheit, zielbewußt vorgegangen, hat auch nie die großen Ziele seines Berufes aus den Augen verloren. Im übrigen aber war er in seinem Wesen sprunghaft, impulsiv. (Bejahte Frage.) Trotzdem ist er, wie Kantor F. aussagte, in seinem Pfarrdorf H. fast ausnahmslos beliebt und geachtet. Seine Schwächen nimmt die Gemeinde als etwas Unabänderliches hin. —

L. war von Jugend auf psychisch anormal. Seit der Haussuchung hat er zwei Anfälle einer akuten Psychose überstanden. Waren dies die ersten Anfälle in seinem Leben? Trotz meiner eindringlichsten Aufforderung an die Zeugen ließ sich hierüber aus den Akten und in der Hauptverhandlung nur folgendes ermitteln: Ein Geistlicher gab an, 1891 habe er Pastor L. auf Veranlassung der Ehefrau besucht und ihn körperlich und geistig hinfällig angetroffen. Er habe bei dem starken Raucher eine Nikotinvergiftung angenommen. Weitere besondere Erscheinungen seien ihm damals bei L. nicht aufgefallen. Frau Pastor L. gab jene Erkrankung zu: Ihr Mann sei „elend und matt gewesen infolge von Arbeit und Ärger". Doch habe dies nur wenige Wochen gedauert. Irgendwelche psychische Änderungen habe der Kranke nicht gezeigt. Ein Arzt sei überhaupt nicht zugezogen. Schon nach wenigen Wochen war er wieder im Besitz der alten Rüstigkeit. — Angeblich längere Zeit krank war L. im Jahre 1894. Auf einem Ritt riß ihm der Sattelgurt. L. mußte das Pferd im strömenden Gewitterregen 1½ Stunde nach Hause führen. Eine schwere „Erkältungskrankheit", die von Mitte Oktober bis Anfang Dezember dauerte, war die Folge, nervöse Kopfschmerzen und Hinfälligkeit gaben er und seine Frau als Krankheitserscheinungen an. L. wurde von seiner Ehefrau gepflegt, von seinen Amtsbrüdern häufig besucht. Niemand von diesen will Erscheinungen einer psychischen Veränderung an ihm wahrgenommen haben. Aus diesen Wochen befindet sich in der Konsist.-Akte ein Bericht L.s über Kirchensachen (12. November). Er zeigt nichts Auffälliges. Ferner ist L. am 7. November 1894 vor dem Konsistorium in Wolfenbüttel erschienen, um sich wegen verschiedener Beschwerden zu rechtfertigen. Im Anschluß an diese Vernehmung hat das Konsistorium drei Verfügungen erlassen. Weder in diesen Verfügungen noch als Randbemerkung in den Akten befindet sich eine Andeutung, daß L. in psychischer Hinsicht irgendwie aufgefallen sei. Aber aus diesen Wochen stammt auch ein kurzes Gesuch um Verlegung eines Termins, das zwar von L. unterschrieben, aber nicht mit seiner authentischen Schrift geschrieben ist (23. Oktober 1894). Über dieses Gesuch sollte L. am 14. August 1895 vor dem Konsistorium Auskunft geben. Er bestritt, sich des Schreibers zu erinnern. Darauf fragte das Konsistorium bei dem — inzwischen verstorbenen — Physikus an, ob L. am 23. Oktober 1894 so schwer krank gewesen sei, daß sich hieraus seine Unkenntnis erklären ließe. Die Antwort lautete: „Pastor L. leidet an reizbarer Nervenschwäche, die im Oktober v. Js. akut wurde, aber auch da nicht den Grad erreicht hatte, daß Pastor L. im Gebrauch seiner geistigen Kräfte stark beeinträchtigt oder gar ihrer völlig beraubt war" (Kons.-Akten). Der Ober-Kons.-Rat Lf. sagte als Zeuge aus, bei der Vernehmung am 14. August 1895 habe L. auf ihn einen verworrenen und unbesinnlichen Eindruck gemacht. Denn er habe zu jener Eingabe erklärt: „Die Schrift kommt mir bekannt vor; aber ich weiß sie nicht hinzutun." Dies erschien ihm ein genügender Beweis; ferner aber irrte dieser Zeuge in den Zeitangaben und in dem Zweck des Physikatsgutachtens. Frau Lang andererseits versicherte bestimmtest, jene Vernehmung sei ihr noch heute in frischer Erinnerung. Weder vor ihr noch nach ihr habe ihr Mann irgendwelche Erscheinungen von Verworrenheit oder Unbesinnlichkeit gezeigt, sei genau derselbe gewesen wie sonst. — Nach diesem Ergebnis ließen sich die beiden erwähnten Erkrankungen als Psychosen nicht hinstellen. Weitere Erkrankungen hat L. nicht durchgemacht.

Es blieb aber noch ein dunkler Vorgang aus Ls.

Vorleben für den Gerichtshof, den Schreibsachverständigen und den Psychiater aufzuklären: „der Seidelbrief". Während der amtlichen Verhandlungen über die gegen L. erhobenen Beschwerden ging am 24. August 1895 ein „Georg Seidel" unterzeichneter Brief beim Konsistorium ein. Der Schreiber gab an, er sei früher Lehrer in Zehden gewesen, durch L. um seine Stellung gekommen und sei dann in der Welt umhergeirrt. In seiner Not und aus Erbitterung gegen L. habe er sich von „einem dicken Herrn" dazu bestimmen lassen, 1894 und 1895 gegen Entgelt vier Beschwerden gegen L. aufzusetzen. „Dem Pfarrer etwas anzuhängen, ist ein gutes Werk", sagte jener Dicke. Jetzt indessen habe er wieder sein Brot. Er habe L. verziehen und bekenne seine Tat. — Infolge dieses Briefes wurde L. zum Bericht aufgefordert, in welchen Beziehungen er zu einem früheren Lehrer Seidel stehe oder gestanden habe. Von der Existenz und von dem Inhalt des Seidel-Briefes erfuhr L. vor seiner Antwort nichts. Er berichtete darauf wahrheitsgemäß, daß S. unter ihm in Zehden Lehrer gewesen, aber wegen seiner dauernd schlechten Führung entlassen worden sei. Dann fährt er fort: 1881 und 1882 habe ihn dieser fortwährend mit Zuschriften bestürmt, ihm ein günstigeres Abgangszeugnis zukommen zu lassen. Später belästigte ihn zum ersten Male wieder im Juli 1890, als sich L. in Bad Kissingen aufhielt, „ein vollständig verkommener Mensch, der sich als dieser S. ausgab". L. „nannte ihn einen Schwindler" und rief die Polizei zu Hilfe. Diese indessen lehnte ein Einschreiten ab, weil jener zur Legitimation das Entlassungsschreiben Seidels aus Zehden sowie zwei von Lang herrührende Briefe vorlegte. L. beschwichtigte ihn darauf durch 40 M. Dann begegnete er ihm wieder im Juli 1894 auf der Ausstellung in Erfurt. Durch fortgesetzte Drohungen bestimmte er L. zur Hergabe von 30 M. Im Mai 1895 erschien er auf der Pfarre in H.. drohte — wie L. mir mitteilte —, er werde überall in H. erzählen, daß L. in Zehden ein unerlaubtes Verhältnis mit einer Scheuerfrau gehabt habe. Wieder befreite sich L. von ihm durch Geld. Am 6. August 1895 läßt er sich in einem Hotel in Gotha bei L. melden und erpreßt von ihm Geld zur Auswanderung nach Amerika. (Am 21. August 1895 ist der Seidel-Brief geschrieben.) Dann erscheint S. nicht wieder. — Ob L. nach jener Legitimation in Kissingen von der Identität überzeugt gewesen ist, geht aus seinem an das Konsistorium gerichteten Schreiben vom 29. August 1895 nicht hervor, wohl aber aus einem gleichen Schreiben vom 26. Oktober 1895. Dem Staatsanwalt gegenüber, der schon vor der Haussuchung die Kons.-Akte kannte, hat er am 8. Januar 1908 bestimmt behauptet: „Es war Seidel", und ferner hat er diesem zur Bekräftigung sein Ausgabenbuch vorgelegt, das an richtiger Stelle jene Ausgabeposten hinter dem Namen Seidel enthielt. Angebliche Zweifel an der Identität mit Lehrer Seidel äußert L. zum ersten Male, als ihm im Untersuchungsgefängnis der schriftliche Beweis vorgelegt wird, daß S. seit 1884 ohne Unterbrechung in Amerika ist. Während der Anstaltsbeobachtung und Hauptverhandlung lautete die Fassung, er sei einem Doppelgänger Seidels, einem Schwindler, der sich über die Verhältnisse in Z. genau orientiert hatte, in die Hände gefallen. — Hiernach ist es ausgeschlossen, aus der Seidelaffaire wahrscheinlich zu machen, daß bei L früher zeitweise krankhafte Sinneswahrnehmungen bestanden. Der Staatsanwalt erklärte den Seidelbrief für eine Täuschung des Konsistoriums, bewußt begangen durch L., der sich in einer peinlichen Lage etwas Luft schaffen wollte.

Kein positives Ergebnis endlich hatte auch die Nachfrage, ob irgend jemand während der Jahre 1906 und 1907 an L. besondere psychische Erscheinungen wahrgenommen habe. Frau L. faßte ihr Gesamturteil zusammen: „Mein Mann ist mit den Jahren ruhiger geworden. Sonst ist er bis heute derselbe geblieben, der er im Beginn der Ehe war."

— Nach Beseitigung der im Gefängnis ausgebrochenen Psychose blieben bei L. geistige Defekte nachweisbar. Wie indessen die weitere Untersuchung ergeben hat, waren diese Defekte keine Reste der akuten Psychose, sondern Ausfallserscheinungen, die in gleicher Form und sehr wahrscheinlich auch in gleichem Grade bei Pastor L. schon von Kindheit an bestanden hatten. L. ist ein Degenerierter. Für den Psychiater ist er zweifellos pathologisch. Aber der bei ihm nachgewiesene Gesamtdefekt ist entschieden nicht so hochgradig, daß er für sich allein genügt, die freie Willensbestimmung auszuschließen oder für jegliche Handlung des Pastor L. wenigstens die Möglichkeit dieses Ausschlusses zu schaffen. Wohl aber darf beim Pastor L. eine derartige Möglichkeit dann angenommen werden, wenn sich nachweisen läßt, daß Pastor L. zur Zeit der Tat unter außergewöhnlichen Einwirkungen auf seine Willensbestimmung gestanden hat. Die Zeit der Tat war einmal der 7. Juli 1906 und dann für zehn Briefe die Zeit vom 22. März 1907 bis 7. Januar 1908. Langs geistiges Befinden während dieser Zeiten ist nach seiner eigenen Angabe und nach allen Zeugenaussagen nicht ungünstiger gewesen als vordem. Zeugen für die einzelnen Taten und für des Täters Verhalten bei denselben fehlten.

Somit blieb nur übrig, die Möglichkeit eines Ausschlusses nachzuweisen aus den Motiven, die den Pastor L. zu dem einzelnen Brief bestimmten. Dieser Beweis war nicht zu führen, da L. jede Täterschaft bestritt. Endlich beim Pastor L, was in der Voruntersuchung und in der Hauptverhandlung gestreift, elf verschiedene Dämmerzustände anzunehmen und in sie die Schreiberei zu verlegen, erschien nicht angängig, da Zustände veränderten Bewußtseins bei L. nie beobachtet waren, er selbst sich in seiner fortlaufenden Erinnerung keiner Lücke bewußt war und endlich die Briefe sämtlich durchaus verschiedenen Inhalt hatten, je nach dem Empfänger verschiedene Zwecke verfolgten, aber bei mehreren Briefen an denselben Empfänger den Zweck des ersten Briefes beibehielten.

Auf Grund dieser Erwägungen habe ich mein Gutachten mit den Worten abgegeben: „Es läßt sich nicht erweisen, daß zur Zeit der angeklagten Handlungen beim Pastor Lang ein dem § 51 entsprechender Ausschluß der freien Willensbestimmung oder die Möglichkeit eines solchen vorlag. Ist Pastor L. der Schreiber der ihm vorgeworfenen Briefe, dann fällt es nur ihm selbst zur Last, wenn sich der ärztliche Sachverständige außerstande sieht, abnorme geistige Vorgänge, die vielleicht zur Entlastung des Angeklagten verwertbar, zu ermitteln und geltend zu machen."

Ich bin der Ansicht, daß der Sachverständige nicht weiter gehen durfte. Er mußte es der Verteidigung überlassen, darauf hinzuweisen, daß, falls das Gericht den Schuldbeweis für erbracht hielte, aus den ärztlichen Feststellungen und aus dem Widerspruch zwischen der Tat und dem durch alle Zeugen abgegebenen Leumundszeugnis des Angeklagten Zweifel an seiner freien Willensbestimmung zu folgern seien. Beide Verteidiger haben diesen Gedankengang hervorgehoben. Der Gerichtshof ist zu einer Verurteilung gelangt. Die bezügliche Stelle des verkündeten Urteils lautete: „Die Annahme, daß der Angeklagte bei Begehung der Straftaten sich in einem Krankheitszustande befunden hat, durch den seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen wurde, hat das Gericht mit Rücksicht auf das eingehend motivierte ausführliche Gutachten des M.-R. Dr. Gerlach und die hierauf in vollem Maße gestützte Überzeugung des Gerichts ablehnen müssen. Dagegen hat das Gericht keinen Zweifel, daß der Angeklagte ein geistig minderwertiger Mann, also nicht ein Verbrecher sozusagen, sondern ein unglücklicher Mann ist." Das Urteil lautete auf $1^1/_2$ Jahre Gefängnis; sechs Monate der Untersuchungshaft wurden auf die Strafe angerechnet.

Für den Psychiater ist dieser Abschluß nicht befriedigend. Bei einer Revision wird, wie ich glaube, kein anderer Ausgang zu erwarten sein. Ein Wiederaufnahmeverfahren aber erscheint mir nur möglich, falls L. sich als Täter bekennt und seine Motive preisgibt. Er ist auf eigenen Wunsch zu seiner Erholung vorläufig in die hiesige Anstalt zurückgekehrt. Bis jetzt beteuert er seine Unschuld.

Mitteilungen.

— **Binswanger-Stiftung**, Jena. Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Otto Binswanger und Gemahlin haben mit einem Kapital von 25000 M. eine Stiftung errichtet, deren Zinsen zur Unterstützung bedürftiger Kranker der psychiatrischen und der Nervenabteilung der hiesigen Irrenanstalt verwendet werden sollen. Die Stiftung ist vom Großherzoglichen Staatsministerium genehmigt worden.

— **Die Irrenanstalt der Alexianergenossenschaft** in Köln-Lindenthal wird von dieser Genossenschaft Anfang Oktober dieses Jahres aufgegeben. Um diese Zeit ist die neue, nach modernen Grundsätzen von der Genossenschaft erbaute Irrenanstalt in Ensen bei Kalk fertiggestellt, und Brüder und Kranke werden von Lindenthal dorthin übersiedeln. Wie aber verlautet, steht der Landeshauptmann der Rheinprovinz mit den Alexianern in Verhandlung, um die Lindenthaler Anstalt zu pachten und von der Provinzialverwaltung aus noch einige Jahre weiter zu betreiben, bis die neue große Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Bedburg bei Kleve eröffnet werden kann. Auf diese Weise soll der zurzeit bestehenden starken Überfüllung sämtlicher Provinzialirrenanstalten in etwas abgeholfen werden. (Kölnische Volkszeitung, 31. 8. 08.)

— **Jahresversammlung des Vereins abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebietes.** Die diesjährige Jahresversammlung des Vereins abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebietes findet am 3. Oktober d. J. im Gebäude des „Kaufmännischen Vereins zu Frankfurt a. M." statt. Um 3 Uhr wird die Geschäftssitzung abgehalten, auf deren Tagesordnung neben den Neuwahlen der Funktionäre und den Amtsberichten unter anderem auch die Veröffentlichung des Ergebnisses der vom Vereine veranstalteten Preisausschreibung für die beste Arbeit über das Thema „Der Einfluß des Alkohols am Hungertiere auf Lebensdauer und Stoffumsatz" steht. Um 6 Uhr findet die allen Ärzten zugängliche wissenschaftliche Versammlung statt, auf deren Tagesordnung folgende Vorträge stehen:

1. Dr. med. Lilienstein, Bad Nauheim: „Die Behandlung der Alkoholkranken außerhalb der Irrenanstalten".

2. Dr. med. Hahn, Assistent der städtischen Irrenanstalt Frankfurt: „Bericht über die Trinkerheilstätte in Köppern". An diesen Vortrag wird sich mit Bewilligung des Herrn Prof. Sioli eine Besichtigung der höchst interessanten und auf durchaus modernen Grundsätzen eingerichteten Heilstätte Hüttenmühle bei Köppern im Taunus anschließen.

Alle Ärzte, die sich für Trinkerbehandlung interessieren, sind zum Besuche der Versammlung eingeladen.

— **Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen.** Zu der am 24. und 25. Oktober 1908 in Halle a. S. stattfindenden XIV. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen beehren sich die unterzeichneten Geschäftsführer ergebenst einzuladen. Sonnabend, den 24. Oktober von 8 Uhr abends an: Gesellige Vereinigung im Grand Hotel Berges. Sonntag, den 25. Oktober I. Sitzung: 9 Uhr vormittags in der psychiatrischen und Nervenklinik, Julius Kühnstraße 7. (Frühstück in der Klinik.) II. Sitzung: 1 Uhr mittags. Festmahl: 5 Uhr nachmittags im Grand Hotel Berges.

Tagesordnung.

(Bisher angemeldete Vorträge.)

1. Anton-Halle: a) Kurze Vorführung eines Apparates für Gehirnphotographie. (Anton Stegemann.)
   b) Luetische Gehirnerkrankung bei Jugendlichen.
2. Hartmann-Graz: Thema vorbehalten.
3. Schmidt-Halle: Über Ischias und ihre Beziehung zum Muskelrheumatismus.
4. Vogt-Berlin: Die Gliederung der menschlichen Großhirnrinde.
5. Ziehen-Berlin: Thema vorbehalten.
6. Kleist-Frankfurt a. M.: Beziehungen von Denkstörungen zu Bewegungsstörungen.
7. Weber-Göttingen: Über arteriosklerotische Psychosen.
8. Veit: Dysmenorrhöe.
9. Foerster-Leipzig: Einige Versuche zur Epilepsiebehandlung.
10. Pfeifer-Halle: Über die traumatische Degeneration und Regeneration des menschlichen Gehirns.
11. Winternitz-Halle: Über Veronal-Natrium nebst Bemerkungen über Sauerstoffverbrauch im narkotischen Schlaf.
12. Stadelmann-Dresden: Die Beziehung der Ermüdung zur Psychose.
13. Binswanger-Jena: Zur Klinik und pathologischen Anatomie der arteriosklerotischen Hirnerkrankung.
14. v. Nießl-Leipzig: Linsenkern und Sprachstörung (mit Demonstration von Präparaten mittels des Projektionsapparates).
15. Friedel-Jena: Zur Prognose der traumatischen Neurose.
16. Sorge-Jena: Die Aufbrauchstheorie Edingers in ihrer Anwendung auf die Dementia paralytica.
17. Schütz-Jena: Beitrag zur pathologischen Anatomie der Neurofibrillen.
18. Stoeltzner-Halle: Zur Frage der Pathogenese der Kinder-Tetanie.
19. Haenel-Dresden: Über die Harten-Gaumen-Reflexe.
20. Ruckert-Halle: Zur Symptomatologie der Hirntumoren.

Wenn auch die Zeitdauer für die einzelnen Vorträge nicht bestimmt ist, so wird doch gebeten, dieselben tunlichst nicht über 20 Minuten und diejenige der Bemerkungen in der Diskussion nicht über 5 Minuten auszudehnen.

Anmeldungen zu der Teilnahme am Festmahl (Gedeck 4 Mark) werden bis zum 18 Oktober an den I. Geschäftsführer (Anton-Halle) erbeten. Die Herren Teilnehmer werden in der Lage sein, die Abendschnellzüge in der Richtung Leipzig, Thüringen, Berlin und Magdeburg zu benutzen.

Hotels. Am Bahnhof: Grand Hotel Berges, Goldene Kugel, Continental.

In der Stadt: Kronprinz, Stadt Hamburg, Tulpe.

Um Weiterverbreitung dieser Einladung wird gebeten. Gäste sind willkommen.

Die Geschäftsführer.
Anton. Fries.

— **Bericht** über die **Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** zu Berlin am 24. und 25. April 1908. (Schluß.)

Reich-Herzberge: Zur Symptomatologie der Manie und verwandter Krankheitsformen.

R. weist auf Grund von Beobachtungen an dem Material der Anstalt Herzberge darauf hin, daß sehr große Ähnlichkeit besteht zwischen dem Spiel der Kinder und den Betätigungen der Manischen. Diese Beziehungen werden zunächst ausführlich erörtert. Ein großer Teil der Handlungen Manischer wird am besten als manische Spielerei aufgefaßt. Auch die pathologischen Einfälle der Degenerierten, wenigstens gewisse Formen derselben, stehen in enger Beziehung zu den Spielen der Kinder. Sowohl das kindliche Spiel als auch der pathologische Einfall der Degenerierten und das manische Denken sind insofern verwandt, als sie auf einem einfallsmäßigen Denken beruhen. R. möchte den manischen Einfall dem Spieleinfall und dem degenerierten Einfall gegenüberstellen. Der Spieleinfall ist eine normale Erscheinung. Der degenerative Einfall und der manische Einfall sind pathologischer Natur. Der Einfall der Degenerierten erhebt sich als ein vorübergehendes Intermezzo auf dem Boden eines sonst geordneten Denkens, der manische Einfall dagegen erwächst auf der Grundlage eines erregten Vorstellungslebens. Der manische Einfall ist daher meist flüchtiger als der degenerative Einfall, doch kommen auch langdauernde manische Einfälle vor. R. glaubt gegen Bonhöffer, daß auch der degenerative Einfall nicht selten mit pathologischen Affekten einhergeht. Die Größenideen, die Personenverkennungen und ähnliche Erscheinungen bei den Manischen möchte R. zu den Ein-

fällen oder Einbildungen und nicht zu den Wahnideen gerechnet sehen. Es handelt sich in Analogie zum Einfall dabei um plötzliche und scheinbar unmotiviert auftretende und plötzlich verschwindende Vorstellungskreise. Sowohl der manische Einfall als auch der Einfall der Degenerierten sind im Gegensatze zur paranoischen Wahnidee nicht immer egozentrischer Art. Zwischen den drei verschiedenen Arten des Einfalls bestehen völlig fließende Übergänge.

R. sieht als Charakteristikum des manischen Denkens an:

1. allgemeine Erregung der Vorstellungstätigkeit,

2. Einengung des psychischen Gesichts- oder Blickfeldes, die in einfallsmäßigem Denken beruht. [Das einfallsmäßige Denken der Manischen möchte R. sich erklären durch eine Einengung des psychischen Gesichtsfeldes oder Blickfeldes (Wundt).] Das geordnete Denken kann sich unter Umständen gewisser Leit-, Ziel-, Ober- oder Gesamtvorstellungen bedienen. Doch ist das Vorhandensein solcher für den geordneten Ideengang durchaus nicht unbedingt erforderlich. Es genügt die Annahme, daß das psychische Gesichtsfeld, d. h. die Summe des jeweilig vorhandenen Vorstellungsinhalts, nur solche Vorstellungen aus dem Unbewußten auftauchen läßt, die eine assoziative Beziehung zu der Gesamtheit oder doch zu einem großen Teil der jeweilig vorhandenen Vorstellungen besitzen. Je größer das psychische Gesichtsfeld ist, um so sorgfältiger und auch zeitraubender wird die Wahl unter den Vorstellungen, denen das Auftauchen aus der Latenz gestattet wird, sein. Das Produkt eines weiten Gesichtsfeldes ist daher ein langsames, gründliches Denken. Je enger das Gesichtsfeld ist, um so oberflächlicher und flüchtiger wird sich die Vorstellungswahl gestalten, um so oberflächlicher und zusammenhangsloser wird daher das Denken sein. Und was vom Denken gilt, gilt dann auch vom Handeln. Das wohlerwogene Handeln ist das Produkt des weiten psychischen Gesichtsfeldes des Gesunden, die Einengung des Gesichtsfeldes beim Manischen muß dagegen ein schnelles, unüberlegtes, triebartiges Handeln zur Folge haben, das schließlich bei äußerster Einengung ein reflexartiges werden kann. Auch die den Manischen eigene Hyperprosexie findet ihre Erklärung bei Annahme einer Einengung des psychischen Gesichtsfeldes leicht darin, daß an die Sinnesorgane herantretende Vorstellungserregungen um so leichter Macht auf die Psyche gewinnen werden, je geringer jeweils der Vorstellungsinhalt derselben ist. Die Annahme einer besonderen Apperzeptionsfähigkeit erfordert die Theorie des psychischen Gesichtsfeldes nicht. Die Einengung des psychischen Gesichtsfeldes ist nicht ohne weiteres ein pathologischer Vorgang, sie kommt wohl auch vorübergehend in gewissen Zuständen der Normalen vor. Das spielerische Benehmen des Kindes ist vielleicht dadurch zu erklären, daß das Kind im Vergleiche zum normalen Erwachsenen ein enges Gesichtsfeld hat und daher ebenso wie die Manischen zu einfallsmäßigem Denken neigt.

Auch viele höherstehende Schwachsinnige werden uns vielleicht in ihrem Wesen verständlicher, wenn wir bei ihnen das Bestehen einer Enge des Gesichtsfeldes, allerdings ohne gleichzeitige Erregung, annehmen. Das gleichzeitige Vorkommen einfallsmäßigen Denkens bei Manischen und bei Degenerierten ist insofern von Bedeutung, als dadurch die Beziehung der Manie zum degenerativen Irresein auch bezüglich der Symptomatologie in einem neuen Lichte erscheint.

Manche Handlungen der an Dementia praecox Leidenden haben eine gewisse Ähnlichkeit mit manischen Handlungen, ja man kann vielleicht manchmal nicht mit Unrecht von maniformen Phasen im Verlaufe der Dementia praecox reden. Das Entscheidende bleibt dann der Nachweis des Defekts. Gerade der spielartige Charakter des Handelns pflegt bei der Dementia praecox zu fehlen. Es fehlt vor allem die Produktivität und die dem Spiele angemessene Laune. Man hat bei der Dementia praecox überall den Eindruck des Gequälten, Inkongruenten, Zusammenhangslosen und Monotonen. An die Stelle des manischen Mienenspiels tritt das Grimassieren, an Stelle des spielerischen Einfalls die impulsive Handlung; die theatralische Pose des Manischen wird zur stereotypen Haltung, das Wortspiel wird zum Wortsalat.

Maßgebend für die Diagnose ist nie ein einzelnes Symptom, sondern der Gesamteindruck. Die höheren und komplizierten Spielereien, insbesondere das Spielen mit Spielzeug und die szenischen Aufführungen der Manischen sind der Dementia praecox fremd.

Referate.

— Die laryngealen Erscheinungen bei multipler Sklerose des Gehirns und Rückenmarks. Von Privatdozent Dr. L. Réthi in Wien. Verlag von Josef Safar, Wien, 1907.

Die Kehlkopfstörungen bei multipler Sklerose bestehen nach Angaben des Verf.:

I. in akustisch wahrnehmbaren Erscheinungen (skandierender Sprache, Monotonie, mangelhafter Nuanzierung, Wechseln der Tonhöhe, Umschlagen ins Falsett, Verspätung der Tonbildung, Unvermögen, den Ton lange zu halten, heiserer rauher Stimme, näselnder Sprache, jauchzenden Inspirationen),

II. in Kehlkopflähmungen,

III. in Tremor der Stimmbänder,

IV. in Sensibilitätsstörungen.

Bei Besprechung des Tremors gibt Verfasser noch einen erschöpfenden Überblick über die anderen Erkrankungen des Zentral-Nervensystems, die ebenfalls Tremor im Bereich des Larynx aufweisen können.

Heinicke-Waldheim.

— Nervenkrankheit und Lektüre; Nervenleiden und Erziehung; Die ersten Zeichen der Nervosität des Kindesalters. Drei Vorträge von Prof. H. Oppenheim. Berlin, 1907. Verlag von S. Karger, Karlstr. 15.

Es ist eine Lust, sich in die drei Vorträge vertiefen zu können. Wenn sie auch für den Nervenarzt nichts wesentlich Neues bringen, so bietet doch jeder Vortrag auch für ihn noch manche dankenswerte Anregung. Ganz unentbehrlich erscheint dem Ref. aber diese Broschüre für den praktischen Arzt, gerade in seiner Eigenschaft als Hausarzt.

Heinicke-Waldheim.

— Die Melancholie, ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins. Eine klinische Studie von Dr. Georges L. Dreyfus. Mit einem Vorwort von Hofrat Prof. Dr. Emil Kraepelin. Verlag von G. Fischer-Jena. 1907.

Auf Grund unendlich fleißiger, oft persönlich erhobener Katamnesen von Fällen der Heidelberger Klinik, bei denen in den Jahren 1892 bis 1906 die Diagnose Melancholie gestellt worden war, kommt Verf. zu dem Schluß, daß die Melancholie ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins ist; auch Kraepelin, der das Vorwort zu dieser bahnbrechenden Arbeit geschrieben hat, findet in den katamnestischen Feststellungen Dreyfus' eine wertvolle Stütze seiner schon früher niedergelegten Meinung, daß die meisten Fälle, die er früher zur Melancholie zählte, dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnen seien. Und mit Recht! Je mehr man sich in das manisch-depressive Irresein vertieft, je mehr man Wert auf eine genaue Anamnese und sorgfältige Katamnese legt, desto mehr verschwindet die Diagnose: „Melancholie" zugunsten des manisch-depressiven Irreseins aus den Krankenbögen. Heinicke-Waldheim.

— S. Schoenborn und H. Krieger: Klinischer Atlas der Nervenkrankheiten. Heidelberg. 1908. C. Winters Universitätsbuchhandlung.

Auf 186 Lichtdrucktafeln und 13 Textabbildungen führen die Verf. die wichtigsten Nervenkrankheiten in wohlgelungener, sehr anschaulicher Form dem Auge vor. Dystrophien, Atrophien, Lähmungen, Chorea, Athetose, Tetanie, Tabes, spastische Spinalparalyse, Amyotrophie, Sklerodermie, Akromegalie, hysterische Zustandsbilder u. a. sind behandelt. Die Beispiele sind sehr gut ausgewählt, die Kranken sind geschickt zum Photographieren aufgestellt, die Beleuchtung ist zweckdienlich, die Reproduktion ist vorzüglich. Die Durchsicht des prächtigen Werkes hat uns eine sehr angenehme, belehrende Stunde verschafft. Dem Studenten wie dem praktizierenden Arzt kann das Buch wertvolle Dienste leisten. Wir wünschen dem schönen, sehr preiswerten Atlas eine baldige zweite Auflage und erbitten in dieser zum schnelleren Auffinden ein Inhaltsverzeichnis. G. Ilberg.

Personalnachrichten.

— **Dresden**. An der städtischen Heil- und Pflegeanstalt wurden als Assistenzärzte angestellt Dr. Nitsche, Dr. Vorbrodt und Dr. Schob.

— **Liegnitz**. Hierselbst verstarb San.-Rat Dr. Jung, früher Direktor an der Prov.-Irrenanstalt Leubus a. O.

— **Budapest**. Privatdozent Dr. Donath wurde zum außerordentlichen Professor ernannt.

— **Stötteritz**. Dr. Hebenstreit wurde als Assistenzarzt an der Unfallnervenklinik Hermannhaus angestellt

— Kgr. **Sachsen**. Oberarzt Dr. Nerlich wurde von Waldheim nach Hochweitzschen, Oberarzt Dr. Ranniger von Hochweitzschen nach Waldheim versetzt.

— **Rufach** (Elsaß). Dr. Groß, früher Oberarzt in Altscherbitz, wurde zum Direktor, Dr. Liebert, bisher an der Prov.-Irrenanstalt Neustadt i. Westpr., zum ersten Oberarzt, Dr. Sandner, bisher Ansbach, zum zweiten Oberarzt der neuen Bezirksirrenanstalt in Rufach ernannt.

— **Kolmar**. Zum ärztlichen Direktor der Bezirkssiechenanstalt in Kolmar wurde Dr. Wehrung ernannt.

— **Wien**. Dr. E. Stransky habilitierte sich für Psychiatrie.

— **Göttingen**. Dr. Bornstein, Assistent am Stoffwechsellaboratorium der Klinik für psychische und Nervenkrankheiten hat sich mit einer Probevorlesung über die Respiration der Geisteskranken für Neurologie und Psychiatrie habilitiert.

— **Schussenried**. Dr. Weinbrenner, früher Assistenzarzt an der Privatirrenanstalt Herzogshöhe, wurde als Assistenzarzt an der Königl. Heilanstalt Schussenried angestellt.

— **Wiesbaden**. Dr. Hecker, Nervenarzt, erhielt den Professortitel.

— **Dziekanka**. Dem Oberarzt Dr. von Blomberg wurde der Titel eines Sanitätsrats verliehen.

— **Merzig**. Dem Direktor Dr. Buddeberg wurde der Titel eines Sanitätsrats verliehen.

— **Sigmaringen**. Dem dirigierenden Arzt des Fürst-Karl-Landesspitals Dr. Joh. Longard wurde der Titel eines Sanitätsrats verliehen.

— **Weilmünster**. Dem Direktor Dr. Lantzius-Beninga wurde der Titel eines Sanitätsrats verliehen.

— **Berlin**. Dem Nervenarzt Dr. Paul Kronthal wurde der Titel eines Sanitätsrats verliehen.

— **Roda**, S.-A. Dr. Schaefer, Direktor der Herzogl. Landesirrenanstalt „Genesungshaus" Roda, S.-A., wurde zum Medizinalrat ernannt und ihm das Ritterkreuz II. Abt. des Großherzogl. Sächsischen Hausordens der Wachsamkeit oder vom weißen Falken verliehen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 27. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Prof. Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Direktor Dr. **Beyer**, Roderbirken bei Leichlingen. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Oberarzt Dr. **Deiters**, Grafenberg. Direktor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Oberarzt Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin). Med.-Rat Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden). Hofrat Dr. **Friedländer**, Hohemark. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Berlin. Direktor Dr. **Herting**, Galkhausen (Rheinland). Oberarzt Dr. **Ilberg**, Großschweidnitz (Sachsen). Direktor Dr. **Kluge**, Potsdam. Med.-Rat Dr. **Kreuser**, Winnenthal (Württemberg). Direktor Dr. **Lehmann**, Lindenhof. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Gand (Belgien). Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Wien. Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Direktor Dr. **Vocke**, Eglfing bei München. Prof. Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Hamburg.

Unter Benützung amtlichen Materials redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 826.

ır. 27. 26. September 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Jubiläumsausstellung in der n.-ö. Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Mauer-Öhling.

Von Dr. *D. Stelzer*, Sekundararzt I. Klasse, Mauer-Öhling, Niederösterreich.

Anläßlich des Festes der sechzigjährigen Regierung unseres Kaisers wurde am 2. Juli d. Js. — dem :hsten Jahrestage des Anstaltsbestandes — eine Jubiımsausstellung von Arbeiten unserer Geisteskranken öffnet; sie sollte einen Überblick darüber gewähren, e weit bei uns die moderne Beschäftigungstherapie sgebaut ist und was sie leistet, sie sollte aber auch m großen Publikum zeigen, daß die Beschäftigung r Kranken, die für uns Ärzte in erster Linie ihrer ychischen Wirkung wegen in Betracht kommt, auch res materiellen Erfolges halber jeglicher Unterstützung d Förderung wert ist. Wir wollten so durch die opaganda der Tat die Vorurteile widerlegen, die ch in manchen Kreisen bezüglich des Verhältnisses r Kosten der Beschäftigungstherapie zu ihrem Erlge bestehen, da gerade hier ein richtiges Urteil r Öffentlichkeit unser Streben nach weiterer Ausstaltung wesentlichst unterstützt. Wohl war es hon rechnungsmäßig festgestellt, daß die von den leglingen geleistete Arbeit es zum guten Teile mitmöglichte, daß die Irrenfürsorge solche Ausdehnung wann, und daß sich die Verpflegung in Eigenregie otz des Preisansteigens aller Lebensmittel heute lliger als vor 10 und 20 Jahren stellt; aber diese Tatche war eben nur einem engen Fachkreise bekannt. eshalb fand zur Popularisierung unserer Bestrebungen e Ausstellung vor der breiten Öffentlichkeit statt, nd es war besonders die gesamte Wiener Presse hierzu eladen. Jetzt nach der Ausstellung können wir mit enugtuung feststellen, daß unser Vorhaben auch gengen ist.

Da von dem Grundsatze ausgegangen wird, jeden flegling nach Möglichkeit in s e i n e m Fache nutzringend zu beschäftigen und jedes Verfallen in Täneleien einzuschränken, so ist es klar, daß auch unter en ausgestellten Objekten das Nützliche und Brauchbare ganz in den Vordergrund trat, und die Erfolge besonderer Liebhaberei sowie Erzeugnisse krankhafter Geistesrichtung nur nebensächlichste Rolle spielten. So nahmen denn auch die Leistungen unserer Werkstätten allein schon den ganzen Hauptsaal des Gesellschaftshauses ein.

Dem Eingange gegenüber befand sich der in größtem Maßstabe ausgearbeitete Beschäftigungsausweis über den Zeitraum 1. April 1907 bis 31. März 1908, der fast alle unsere Arbeitsmöglichkeiten einzeln (nach Männern und Frauen) behandelte und eine Gesamtsumme aller Arbeitstage von 174275 ergab (wobei bemerkt sei, daß derzeit 39,9% der Pfleglinge bei Anstaltsarbeiten beschäftigt, 16,7% des Gesamtverpflegstandes hingegen in der Familienpflege untergebracht sind, so daß der Gesamtprozentsatz aller irgendwie Beschäftigten 56 beträgt).

Auf weiteren kleinen Tabellen war das Ansteigen der Arbeitstage seit Eröffnung der Anstalt ersichtlich gemacht, überdies unterrichteten ein großer Plan und Lichtbilder über Ausdehnung und Art der Familienpflege.

Auf einzelnen Tischen, in den Nischen dazwischen oder zu Pyramiden aufgebaut, hatten unsere einzelnen Werkstätten Proben ihrer Erzeugnisse ausgestellt, wobei streng darauf gesehen war, nur wirkliche P f l e g l i n g s a r b e i t zu zeigen, was uns gar nicht schwer ankam, da wir nur Auslese treffen mußten; haben doch unsere Schneiderei, Tischlerei und Anstreicherei andauernd mindestens je acht, die Schlosserei und Schmiede fünf, die Tapezierei vier, Korb- und Mattenflechterei 19, Bürstenbinderei drei und Buchbinderei und Druckerei zehn Pfleglinge, die unter Leitung und Aufsicht eines Professionistenpflegers arbeiten. So werden alle Reparaturen in der Anstalt hergestellt, zudem aber noch große Mengen neuer

Gebrauchsartikel. Es deckt z. B. die Anstaltsdruckerei unseren ganzen Bedarf an Drucksorten, die im letzten Jahre eine Gesamtzahl von 146 497 erreichten, worunter unsere allmonatlich in einer Auflage von 300 erscheinende Zeitung besondere Erwähnung verdient.

Nun zu einzelnen Ausstellungsstücken.

Da gab es eine ganze Anzahl Hüte, die ein Pflegling, der unter Depressionszuständen leidet, ganz jetzt alle in dieses Fach schlagenden Artikel. anderer — periodisch verworren — liefert un ganzen Zimmermannsarbeiten, baute unsere Gar klosette, Lauben und kleineren Holzschuppen.

Unsere Anstreicher, durchgehends jugendliche bezille, arbeiten jahraus, jahrein meist in mehr Arbeitsgruppen und daher oft ohne Pflegerau nur unter Leitung des Verläßlichsten von ihnen



Abb. 1. Ausstellung von Erzeugnissen der Beschäftigungstherapie in der Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und Pflegeans Mauer-Öhling. Künstlerische Arbeiten männlicher Pfleglinge.

allein wieder wie neu hergerichtet hatte, wobei er sich die dazu nötigen Formen auch selbst aus Eschenholz schnitzte. Von einem anderen stammte eine ganze Pyramide von Binderarbeiten wie Bottichen, Fässern, Wasserschaffen usw.; früher war mit ihm seines räsonierenden Wesens halber schwer auszukommen, jetzt arbeitet er ruhig für sich allein so eifrig dahin, daß er über unseren Verbrauch liefert. Dort wieder waren Schachfiguren, Kegel, Serviettenringe aus Holz usw. aufgestapelt. Ein Metalldreher, ehedem als unbeschäftigt infolge seiner Wahnideen öfter bedrohlich, war versuchsweise an unsere Holzdrehbank geführt worden, fand daran Gefallen und schafft

An Wänden hingen große Fischnetze und Häng matten: Leistungen eines Maniacus, der, sowie ni beschäftigt, seiner Ideenflucht und Zornmütigkeit v fällt.

Auf einem Tische war eine stattliche Menge a Arten von Bürsten ausgestellt, das Produkt unse jüngsten Beschäftigungsart. Da war nämlich einigen Monaten ein jugendlicher Schwachsinniger z gewachsen, der dieses Handwerk erlernt hatte. Sch wurde diese neue Arbeitsgelegenheit aufgegriffen, u heute schon sind wir völlig in unserem Bedarfe v sorgt.

Wo anders bildeten wieder Holzgelenkmatten ei

hohe Pyramide. Ein von jeher zu Basteleien geneigter Pflegling hatte aus ganz eigenem Antriebe damit begonnen, er nahm das Holz alter, schon unbrauchbarer Dauben von Laureolfässern, sägte, hobelte, schnitt und bohrte sie tadellos und liefert uns so die Vorleger für unsere Badewannen.

In der Nähe gab es Holzpantoffeln zu sehen; ein unverbesserlicher Alkoholiker hatte sich selbst in diese Beschäftigung hineingearbeitet und erzeugt, soviel wir nur brauchen; sonst mußten wir das Paar um eine Krone kaufen.

Aber auch die weiblichen Pfleglinge ließen sich nicht spotten, sie zeigten Musterstücke ihrer Tätigkeit im Verfertigen von Kleidungsstücken, hatten sie ja im letzten Jahre unter anderem 700 Sommerjacken, 200 Sommerröcke, je 300 Tuchjacken und -röcke sowie 500 Zwilchröcke neu verfertigt. Eine Unsumme von Arbeitsleistung ergibt sich jedoch, wenn man bedenkt, was die im letzten Jahre in der Wäscherei gereinigten 1 200 000 Wäschestücke nachher an Ausbesserungen verlangten, bevor sie wieder in Gebrauch gegeben werden konnten.

In den beiden Seitenräumen des Gesellschaftshauses war ausgestellt, was unsere Pfleglinge — meistens Klassenpatienten — an Kunsterzeugnissen geleistet. Da gab es Stickereien jeder Art wie Bunt- und Weißstickerei, Häkeleien, Schlingereien, Klöppelarbeiten, Netzereien, Teppichimitationen, Gabelarbeiten, Weißnähereien, Modistenarbeiten usf., worunter wahre Prachtstücke, die monatelangen, sorgsamsten Fleiß erfordert hatten. Solch eine Menge feiner weiblicher Handarbeiten kam deshalb zustande, weil die Anstaltsdirektion alles tut, daß die Angehörigen dem Wunsche der Klassenpatienten nach Rohmaterial für ihre kunstvollen Werke nachkommen.

Die Männer wieder hatten Brandmalereien, Laubsägearbeiten, kunstvolle Einlegestücke, Öl- und Aquarellgemälde, bemalte Kulissen und Büsten aus Ton geliefert. Die Aquarelle stammten von einem an Paranoia leidenden akademischen Maler, dessen Bilder

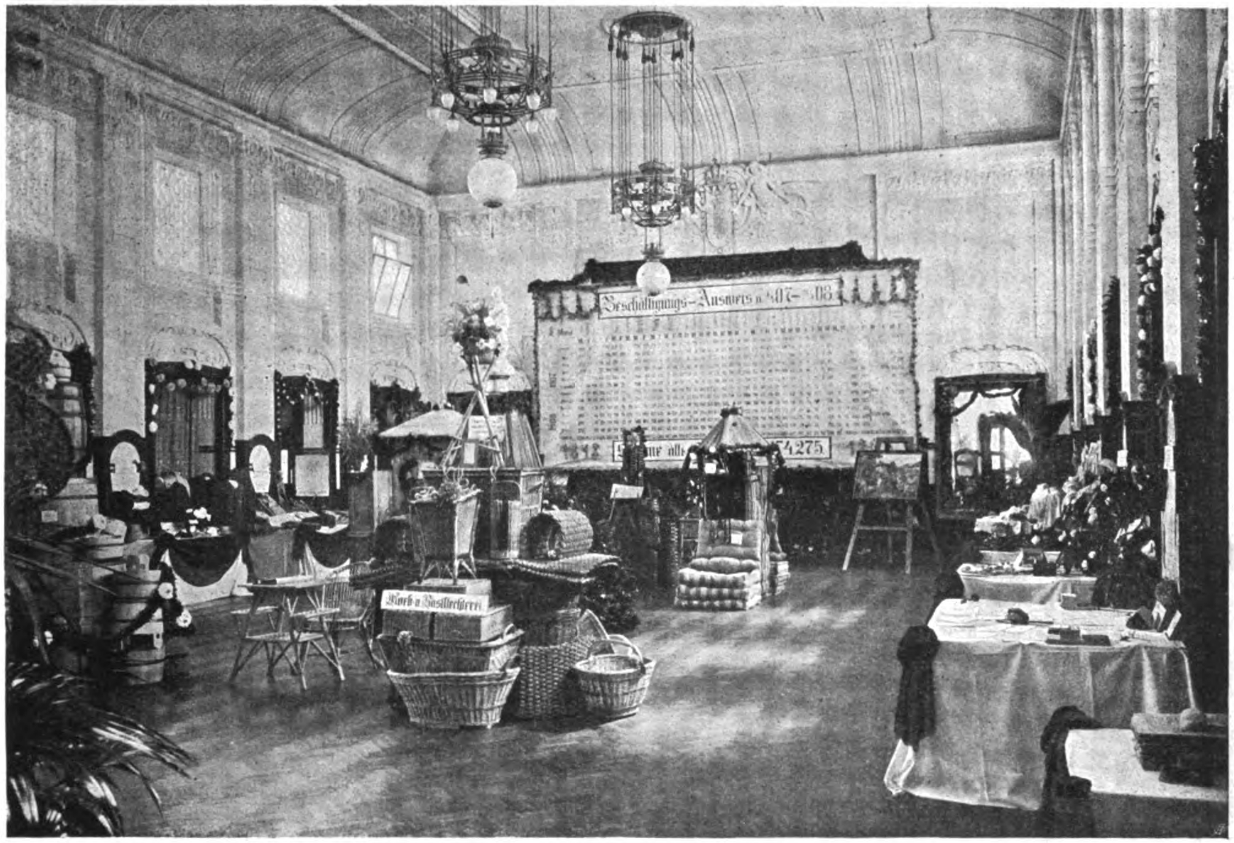


Abb. 2. Ausstellung von Erzeugnissen der Beschäftigungstherapie in der Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling. Gewerbliche Arbeiten der Pfleglinge.

„Praterfahrt“, „Buschenschänke“, „Hermannsschlacht“, „schaumgeborene Venus“ und Genovefa-Cyklus nach Fachurteil weit über das Mittelmaß reichen.

Sehr sehenswert war auch eine meterhohe Statue, die den Hauptsaal zierte; ein Pflegling hatte dazu die Zeichnung geliefert, ein zweiter die Figur in Ton geformt, ein dritter sie in Gips gegossen.

Natürlich fehlten in der Ausstellung einer Irren-

zum größten Teile selbst, hat große gärtnerisch lagen usw., und alle diese Unsummen von A leistungen werden von geeigneten Pfleglingen stellt!

Zum Schlusse noch einige Worte über den fluß der Ausstellung auf unsere Pfleglinge. De zur Veranstaltung entstand erst vor einigen M und die Exposition reifte in ihrer Ausgestaltun



Abb. 3. Ausstellung von Erzeugnissen der Beschäftigungstherapie in der Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und Pflege Mauer-Öhling. Handarbeiten der Patientinnen.

anstalt auch nicht die Curiosa. Da waren ein Perpetuum mobile, zerfahrene Zeichnungen, Brillenfassungen aus Eisenspänen, sonderbare Puppen, wirr bestickte Kleidungsstücke, sonderbare Kostüme usw. zu sehen.

Hatte auch die Ausstellung ihre Besucher — sie war vier Tage zugänglich und wurde von 3000 Personen, Fachleuten und Laien, besichtigt — durch die Fülle und Zweckmäßigkeit des Erzeugten in Erstaunen versetzt, so war das Gebotene doch nur ein kleines Bild all dessen, was wirklich im Jahre geschaffen wird. Die Anstalt mißt ja mit ihrem Meierhofe 206 Hektar, hat große Viehzucht, ausgedehnte Baumschulen, Forellenteiche, deckt ihren Bedarf an Gemüse und Futtergras

zu dem aus, was sie geworden, als wir zu eigenen Überraschung die Reichhaltigkeit der melten Erzeugnisse überblicken konnten. Aber die Patienten von unserer Absicht vernahmen, sie einträchtig Eifer und großes Interesse an de kamen selbst mit Vorschlägen, verfertigten noch dieses und jenes, trachteten ihren eigenen P durch vereinte Leistungen voranzustellen und bei allen Vorkehrungen und bei der Ausschmü fleißig mit. Zeigte sich also schon vorher di same Wirkung der Ablenkung auf ein Arbeits trat selbe dann während der Ausstellungsdaue fällig zutage. Kein Mißton unter all den

Kranken, die daran teilnahmen, und überall derselbe Gesprächsstoff, der auf vielen Abteilungen die sonst vorgebrachten Querelen, Zwistigkeiten und wahnhaften Äußerungen ganz verstummen ließ. Jeder von uns machte bei den Visiten diese Erfahrung.

Damit ist aber der Erfolg auf das Verhalten unserer Schützlinge nicht erschöpft. Sie sahen, was sie leisten können, hörten allseits nur Worte des Lobes, wurden durch Diplome und Ehrenpreise ausgezeichnet und erfuhren so wirksamen Ansporn zu weiterer zweckmäßiger Tätigkeit.

Schlusswort zu dem Aufsatz: Noch einmal die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt.

Von Hofrat Dr. *A. Friedländer*, leitender Arzt der Privatklinik Hohe Mark i. T. bei Frankfurt a. M.

Ich habe nicht die Absicht, auf die Ausführungen des Herrn Scholz näher einzugehen. Man ist so sehr geneigt anzunehmen, daß Diskussionen zur Klärung einer Frage beitragen können; ich finde aber, daß sich im vorliegenden Fall wieder aufs neue bewahrheitet hat, was ich bereits in meiner ersten Erwiderung andeutete: daß eine Diskussion meist nur dazu führt, zu bewirken, daß jeder bei seiner gefaßten, vielleicht vorgefaßten, Meinung um so hartnäckiger bleibt. Die erneuten Ausführungen des Herrn Scholz können das Bedauern darüber nicht abschwächen, daß er eine Behörde, die dankenswertes Verständnis bewiesen hat für unsere Bestrebungen, eine möglichst rasche Aufnahme von Kranksinnigen zu bewirken, durch seinen Bericht zum mindesten unsicher gemacht haben dürfte. Ich bin der Meinung, er hätte, auch wenn er leider nun einmal derartige pessimistische Ansichten hat, unserer ganzen Wissenschaft und deren Ansehen bei dem Publikum und den Behörden einen größeren Dienst geleistet, wenn er die erfreulichen Intentionen der Behörde nicht gehemmt hätte. Ich hoffe, daß meine Befürchtungen sich nicht erfüllen. Es dürfte uns aber nicht Wunder nehmen, wenn die so zahlreichen Gegner der Psychiatrie und ihrer Vertreter aus den Scholzschen Darstellungen und ganz besonders aus seiner zweiten Arbeit Waffen schmieden, deren einseitigen Gebrauch Kollege Scholz sicherlich gleichfalls bedauern würde. Auf seine zumeist gegen Herrn Alt gerichteten Einwände habe ich keine Veranlassung einzugehen. Soweit Herr Scholz sich jedoch mit mir beschäftigt, möchte ich folgendes erwidern: Er ist durchaus im Recht, wenn er annimmt, daß meine derzeitige Tätigkeit sich auf Patienten bezieht, die den besseren Ständen angehören. Da er nicht verpflichtet ist zu wissen, daß ich viele Jahre in öffentlichen Anstalten wirkte, so erwähne ich dies hiermit, aber nur zu dem Zweck, um zu betonen, daß ich meine Erfahrungen bei Kranken in der öffentlichen Irrenanstalt, in der Universitätsklinik, in der Pflegeanstalt und in der Privatanstalt sammelte. Und wenn ich von den Erfolgen der Psychotherapie sprach, so hatte ich neben den „Halbgeisteskranken" auch Kranksinnige und besonders solche im Auge, und ich könnte mit einer Zahl von Beispielen dienen, die vielleicht doch geeignet wäre, Herrn Scholz etwas in meinem Sinne zu beeinflussen. Psychotherapie kann, wie ich glaube, ebensowohl bei Patienten „besserer Stände" wie bei solchen der „unteren Stände" mit dem gleichen Erfolge angewendet werden. Ich ersuche Herrn Scholz ausdrücklich, in dem nachfolgenden keine persönliche Spitze zu erblicken. Nicht jeder Psychiater ist Psychotherapeut; psychisch behandeln erfordert außerdem einen Aufwand von Zeit, der vielen Ärzten in den überfüllten Anstalten nicht mehr zur Verfügung steht. Diesem Punkt wäre erhöhte Aufmerksamkeit zuzuwenden, dann würde sich vielleicht doch eine Einigung und vor allem eine größere Bewertung der Psychotherapie auch bei gewissen Formen von Geisteskrankheiten herbeiführen lassen. Ich pflichte Herrn Scholz unbedingt bei, daß wir bei einer erschreckend großen Zahl von psychischen Krankheiten eine direkte, d. h. ätiologische Therapie nicht haben oder noch nicht haben. Ich bedauere aber, daß er auf den zitierten Fall einer Patientin, die als unheilbare Paranoia geführt und nur mehr „symptomatologisch" behandelt worden war, um nach einer eingehenden psychotherapeutischen Behandlung, die ich über einige Monate erstreckte, geheilt zur Entlassung zu kommen, nicht einging. Wenn auch Herr Scholz vielleicht nicht mit Unrecht sagen wird, die Diagnose Paranoia (im Sinne Westphals) war falsch, so werde ich mit dem gleichen Rechte sagen: um welche klinische Diagnose es sich handelt, ist minder wichtig, als daß es eben der Behandlung gelang, eine Kranksinnige dem Leben und dem Beruf zurückzugeben, was Herr Scholz als möglich grundsätzlich leugnet, indem er sich meinen Erfolgen gegenüber damit hilft, meine

Patienten, als den besseren Ständen angehörig, besonders zu klassifizieren oder sie in die Gruppe von „Halbgeisteskranken" zu verweisen. Wir „Optimisten" müssen gegenteiligen Anschauungen, wie denen des Herrn Scholz, die Achtung entgegenbringen, die wir für uns verlangen. Ich glaube aber, er erweist der Wissenschaft, die er gewiß nicht in schlechter Absicht kritisiert hat und die er doch auch zu lieben scheint, einen größeren Dienst, wenn er trotz Alt, Försterling und mir seine subjektiven Anschauungen nicht zur Höhe des Dogmas emporleitet.

Heilungsaussichten in den Irrenanstalten.

Von Dr. *Schröder*, Ueckermünde.

Wie ich es erwartet habe, hat Direktor Scholz nunmehr in einem neuen, fesselnd und mit Humor geschriebenen Artikel den Angriff, den Professor Alt in der Frühjahrsversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie gegen ihn wegen seines Aufsatzes über die Heilungsaussichten in den Heilanstalten gerichtet hat, erfolgreich abgewehrt. Meines Erachtens hat er auch zutreffend begründet, warum eine sofortige Erwiderung aus der Versammlung heraus, in der er nicht zugegen war, unterblieben ist. Ich bin mit Scholz überzeugt, daß nicht wenige Kollegen ihm zustimmen. Schon im Jahre 1901 habe ich in dieser Wochenschrift ähnliche Gedanken geäußert. Durch die peremtorischen Sätze Alts ist meine Überzeugung nicht erschüttert worden, ich erkläre es auf die Gefahr, gleichfalls von ihm als nicht befähigt zur Abgabe eines Urteils erachtet zu werden.

Die Heilungsergebnisse in unseren Anstalten sind schlecht, recht schlecht, und diese Tatsache erfährt keine wesentliche Änderung, ob die Kranken früh oder spät zugeführt werden. Wir müssen uns damit abfinden, daß die Geistesstörungen in der überwiegenden Mehrzahl unheilbare Krankheiten darstellen, und auch die beste Anstaltsbehandlung ihren ungünstigen Ausgang nicht zu hindern vermag. Darüber dürfen wir uns auch nicht wundern, wenn wir bedenken, daß die meisten Kranken den Keim ihres Leidens mit auf die Welt bringen, und daß je nach dem Grade seiner Malignität der geistige Zusammenbruch früher oder später eintritt, im wesentlichen unabhängig von der Einwirkung äußerer Faktoren. Eine Ausnahme machen vielleicht die Syphilis und der Alkohol. Aber zum Unglück für Alt kommt noch in derselben Versammlung Näcke in seinem Vortrage zu dem Schluß, daß Syphilis ohne invalides Gehirn keine Paralyse erzeugen kann, paralyticus nascitur atque fit. Von den alkoholischen Störungen läßt sich dasselbe mit gutem Recht aussagen. Bei den statistischen Zusammenstellungen für die Jahresberichte ist mir daher die Zusammenstellung der äußeren Krankheitsursachen immer als eine besonders undankbare Aufgabe erschienen, und von der kausalen Therapie erwarte auch ich für unsere Kranken nicht viel. Es ist gewiß schmerzlich für uns, es einzugestehen, aber wir müssen doch Scholz beipflichten, wenn er in unseren Anstalten nur Pflege- und Bewahrhäuser erblickt.

Unsere neueren Anstalten sind vorzüglich ausgestattet. Könnten wir nun wenigstens den Trost haben, daß, wenn sie schon nicht heilen, sie doch unseren Kranken einen ihnen behagenden Aufenthalt bieten. Es klingt so schön in den Berichten, daß unsere Kranken in ihnen Zufluchtsstätten finden, wo ihnen Trost und Linderung gewährt wird und sie ihre Tage in Frieden verbringen können. Auch Scholz glaubt, in dieser Beziehung eine Konzession machen zu sollen.

Aber bei wie wenigen Kranken trifft diese Behauptung in Wirklichkeit zu! Die einen sind verblödet und daher gegen äußere Einwirkungen gleichgiltig und abgestumpft. Die anderen leben in der leidvollen Welt ihrer Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen, die Anstalten stehen ihren Qualen ziemlich machtlos gegenüber und müssen es oft dulden, daß sie von den Kranken angefeindet werden, weil diese die Quelle ihrer Leiden in ihren Einrichtungen, ihrem Personal wähnen. Und die dritten endlich, und gerade die geistig regsamen, leiden unter dem Drucke der Freiheitsentziehung und fühlen sich deshalb nicht wohl. Die Anstaltsärzte haben sich redlich und mit Erfolg bemüht, unsere Anstalten gewöhnlichen Krankenhäusern immer ähnlicher zu gestalten, aber den einen grundsätzlichen Unterschied können sie doch nicht beseitigen, daß in die letzteren die Kranken mit ihrer Zustimmung, in die ersteren dagegen in der Regel gegen ihren Willen aufgenommen werden; das Gefühl der Gefangenschaft unseren Kranken zu nehmen, gelingt uns nicht.

Das weiß ich aber auch aus reichlicher Erfahrung, daß noch heutigen Tages die Angehörigen ihre

Kranken unseren Anstalten ungern, der Not gehorchend, übergeben, und daß den aus der Anstalt entlassenen Kranken in der Außenwelt Mißtrauen entgegengebracht wird. Die irrenärztlichen Bemühungen nach Sinnesänderung des Publikums haben bisher wenig Erfolg gehabt.

Man kann nun fragen, wenn man auch die Berechtigung meiner Ausführungen anerkennt, ob es gegenwärtig rätlich erscheint, sie öffentlich auszusprechen, da leicht die Geneigtheit der Behörden und gesetzlichen Körperschaften zur Bewilligung weiterer Aufwendungen für unsere Anstalten abgeschwächt wird. Darauf habe ich zu antworten, daß es nach meiner Überzeugung an der Zeit ist, daß sich mehr Stimmen hören lassen, welche darauf hinweisen, daß die Aufwendungen doch nicht im Verhältnis zu den erzielten Erfolgen stehen und ein Maßhalten beanspruchen. Die Kranken, welche der Anstaltspflege bedürfen, vermehren sich in unheimlicher Weise und in keinem Verhältnis zur Bevölkerungszunahme. Zugleich wachsen die Kosten für die Irrenversorgung ganz gewaltig, und Anleihen über Anleihen müssen zu ihrer Deckung aufgenommen werden. Die vorstehenden wenigen Zeilen mögen dazu beitragen, die Anstaltsärzte, die in ihren Ansprüchen an den Steuersäckel ihrer Mitmenschen immer noch weiter zu gehen geneigt sind, etwas bescheidener zu stimmen und sie zu ermahnen, mehr darauf zu sinnen, nicht, wie sie andere Anstalten noch an Prunk zu überbieten, sondern wie sie die Kosten für die Irrenpflege, unbeschadet moderner Anforderungen, herabzusetzen vermögen.

Im übrigen erwarte auch ich eine Entlastung unserer Anstalten nur von einer besseren Prophylaxe. Wir müssen bei jeder Gelegenheit die Bevölkerung aufklären über die Einflüsse, welche unser Nervensystem schädigen, und immer besonders darauf hinweisen, daß ihre deletäre Wirkung in Form unheilbarer Geistes- und Nervenkrankheiten meist erst bei der Nachkommenschaft zum vollen Ausdruck gelangt, und daß daher auf ein rechtzeitiges Vorbeugen alles ankommt.

Zum Schlusse möchte ich nicht unerwähnt lassen, daß gutem Vernehmen nach bereits eine größere Verwaltung damit umgeht, eine den Gemeinden bei rechtzeitiger Einlieferung heilbarer Geisteskranker seit vielen Jahren gewährte Vergünstigung — Erlaß der Verpflegungskosten für das erste halbe Jahr — wieder einzustellen, weil diese wohlgemeinte Maßnahme nicht die erhoffte Wirkung gehabt hat. Wahrscheinlich werden bald andere Verwaltungen folgen, und sie werden, wie gesagt, nicht zu befürchten brauchen, daß die Heilungsergebnisse in ihren Anstalten eine nennenswerte Abänderung erleiden.

Mitteilungen.

— Das endgültige Programm des **III. internationalen Kongresses für Irrenpflege in Wien**, 7. bis 11. Oktober 1908, ist nunmehr erschienen. Es ist enthalten in dem „Tageblatt" des Kongresses vom 1. September. Die weiteren Nummern des „Tageblatts" erscheinen am 7., 8., 9, 10. und 11. Oktober. Im folgenden sind das Programm und die wichtigsten Mitteilungen des „Tageblatts" wiedergegeben:

Dienstag, den 6. Oktober 1908.

Begrüßungsabend (zwanglose gesellige Zusammenkunft; Mitwirkung des „Ärztlichen Orchesters") in der Volkshalle des Rathauses; Beginn 8 Uhr abends.

Mittwoch, 7. Oktober 1908, 10 Uhr vormittags bis 2 Uhr nachmittags.

Feierliche Eröffnung des Kongresses in der k. k. Gesellschaft der Ärzte (IX., Frankgasse 8).

Programm der Eröffnungssitzung.

1. Begrüßung und Eröffnung des Kongresses durch den Präsidenten Hofrat Professor Dr. H. Obersteiner.
2. Ansprachen.
3. Ansprachen der Delegierten (nach der Reihenfolge der Ländernamen in französischer Sprache).
4. Bericht des Generalsekretärs Prof. Dr. A. Pilcz.

Pause.

I. Wissenschaftliche Sitzung.

1. Zusammenfassender Bericht über den gegenwärtigen Stand des Irrenwesens. Referent: Oberarzt Dr. Bresler (Lublinitz).

Dr. Buchholz: „Einiges aus der hamburgischen Irrenfürsorge." — J. Deventer (Amsterdam): „Pflege der gefährlichen und schädlichen Geisteskranken." — M. Lemos und J. Mattos (Porto): „L'assistance des aliénés en Portugal." — J. Moreira (Rio de Janeiro): „Sur le type le plus convenable d'assistance pour les aliénés des pays chauds." — Rixen (Breslau), leitender Arzt der Irrenabteilung im Strafgefängnis: „Fürsorge für geisteskranke Strafgefangene." — Kreuser (Winnental): „Bestrebungen und Erfolge der Irrenhilfsvereine." — Matthies (Dalldorf): „Über Berliner Familienpflege." — v. Nießl (Leipzig): „Fürsorge entlassener Geisteskranker." — Michell

(Illinois): „Developement of the modern methods of the care of the insane in the Illinois General hospital for the insane." — Ferrari (Imola-Bologna): „Les rapports entre les sociétés de patronage pour aliénés et l'assistance familiale." — Esposito (Macerata): „L'institution de l'assistance étéro-familiale à l'asile provinciale de Macerata." — Frau Obermayer-Wallner (Wien): „Errichtung einer humanitären Arbeitsstube für aus den Irrenanstalten geheilt entlassene Frauen."

Donnerstag, 8. Oktober 1908, 9 Uhr vormittags bis 1 Uhr nachmittags

(k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien).

II. Wissenschaftliche Sitzung.

2. Ärztliche Irrenpflege.

Vos (Amsterdam): „Über Arbeitsentlohnung." — A. Pilcz (Wien): „Moderne psychiatrische Heilbestrebungen." — Holub (Wien): „Über jugendliche Geisteskranke in der Irrenanstalt." — Scholz (Obrawalde): „Die Ausbildung des Pflegepersonales." — Kauffmann (Halle a. S.): „Die Bedeutung der physiologischen Chemie für die Irrenpflege." — Anton (Halle a. S.): „Zur Behandlung und Klassifizierung der Epilepsie." — Peeters (Gheel): „La démence consécutive dans l'assistance familiale." — Hüfler (Chemnitz): „Behandlung der Kranken im Stadtasyl."

3. Irrenpflege und Technik. Referent: Oberbaurat Berger: (Wien) „Bau von eigenen Pavillons für geisteskranke Verbrecher in Irrenanstalten."

Direktor Dr. Herting (Galkhausen): „Bauliche Fortentwicklung der Anstalten für Geisteskranke" (mit Photogrammen).

4. Irrenpflege und Verwaltung. Referent: Gerényi (Wien).

Fischer (Wiesloch): „Einheitliche Gestaltung der Jahresberichte." — Starlinger (Mauer-Öhling): „Streifzüge durch das Budget der n.-ö. Landes-Heil- und Pflegeanstalten."

Freitag, 9. Oktober 1908, 9 Uhr vormittags bis 1 Uhr nachmittags

(k. k. Gesellschaft der Ärzte).

III. Wissenschaftliche Sitzung.

5. Irrenpflege und Versicherungswesen. „Die Bedeutung der Irrenfürsorge für die Arbeiterversicherung und insbesondere die Invalidenversicherung der Arbeiter." Referenten: Regierungsrat Dr. Kögler (Wien), Privatdozent Dr. A. Fuchs (Wien).

6. Irrengesetzgebung in den verschiedenen Ländern. Referenten: Mongeri und Anfosso (Mailand): „La législation Italienne sur l'hospitalisation des aliénés." — „Psychiatrische Sachverständigentätigkeit und Geschworenengericht." Ref.: Aschaffenburg (Köln), Stransky (Wien). — Friedländer (Hohe Mark i. T.): „Über die Bewertung der Imbezillität und der sogenannten Moral insanity in praktischer und forensischer Beziehung." — Fischer (Poszony): „Über die Sachverständigentätigkeit bei zweifelhaften Geisteszuständen." — Dr. J. M. Rhodes (Manchester): „The criminal mentally defective."

Sonnabend, 10. Oktober 1908, 9 Uhr vormittags bis 1 Uhr nachmittags

(k. k. Gesellschaft der Ärzte).

IV. Wissenschaftliche Sitzung.

7. Fürsorge für Idioten, Epileptiker und geistig Minderwertige. Referenten: Schiner (Wien), Vogt (Frankfurt a. M.).

Krenberger (Wien): „Organisation der Anstalten für Schwachsinnige." — Heß (Görlitz): „Pädagogische Therapie bei jugendlichen Nerven- und Geisteskranken." — Sioli (Frankfurt a. M.): „Aufgaben der Irrenasyle bei der Beurteilung und Behandlung abnormaler Jugendlicher." — Heller (Wien): „Fürsorgeerziehung und Heilpädagogik."

8. Bericht des internationalen Komitees über den Vorschlag des Dr. Frank (Zürich): „Gründung eines internationalen Institutes zum Studium und zur Bekämpfung der Ursachen der Geisteskrankheiten." Referent: Tamburini (Rom).

9. Irrenpflege bei den Armeen. Referent: Stabsarzt Dr. Drastich (Wien): „Vorsorge bezüglich der Geisteskranken im Kriege." — Zuzak (Tyrnau): „Die Irrenanstalt des k. k. Heeres."

Schluß des Kongresses.

Festlichkeiten, Unterhaltungsprogramm.

Den Teilnehmern am Kongresse wird durch eine Reihe von Veranstaltungen, Festempfängen, Ausflügen etc. reichlich Gelegenheit geboten werden, Wien, Wiener Leben und Wiens Umgebung kennen zu lernen. Es wurde zu diesem Zwecke ein Programm entworfen, welches, vorbehaltlich kleiner durch äußere Umstände bedingter Verschiebungen, nachstehend veröffentlicht wird.

Nach demselben sollen die Vormittage jenen Mitgliedern des Kongresses, welche an den wissenschaftlichen Sitzungen nicht teilnehmen wollen — also vor allem den Damen —, Gelegenheit bieten, die Stadt selbst und deren Sehenswürdigkeiten in Augenschein zu nehmen sowie Einkäufe zu besorgen, wobei ihnen die Mitglieder des Damenkomitees die Honneurs machen und in jeder Weise an die Hand gehen werden.

An den Nachmittagen sind Rundfahrten durch die Stadt und in die an Naturschönheiten reiche Umgebung geplant. Bei genügender Teilnehmerzahl werden auch Ausflüge nach Preßburg und auf den landschaftlich hervorragenden Semmering veranstaltet werden.

Um die tadellose Abwickelung dieses Programmes zu ermöglichen, werden diejenigen Kongreßmitglieder, welche an den einzelnen Veranstaltungen teilzunehmen beabsichtigen, ersucht, sich stets tags vorher in die im Sitzungssaale oder im Bureau aufliegenden Bogen eintragen zu wollen.

Dienstag, den 6. Oktober:

Abends 8 Uhr 30 Min. Begrüßungsabend mit Musik in der Volkshalle des Rathauses (I. Bezirk Dr. Karl Lueger-Platz). Das „Aerztliche Orchester" hat sich in liebenswürdiger Weise bereit erklärt mitzuwirken.

Mittwoch, den 7. Oktober:

Nachmittags 3 Uhr 30 Min.: Enthüllungsfeier einer Krafft-Ebing-Büste in der Wiener Universität (I. Franzensring). Festredner: Hofrat Prof. Dr. von Wagner-Jauregg. Abends 7 Uhr 30 Min.: Empfang beim Bürgermeister (Festkleidung). Vorher (ab 6 Uhr 30 Min.) Besichtigung des Rathauses und seiner Sammlungen.

Donnerstag, den 8. Oktober:

Vormittags. Besichtigung der inneren Stadt, der Stephanuskirche, Kapuzinergruft etc. etc. Zusammenkunft: 9 Uhr 30 Min im Café de l'Europe auf dem Stephansplatze. Nachmittags. Fahrt in den Prater (mit den Salonwagen der städt. Straßenbahnen, Fahrt frei); Jause auf dem Konstantinhügel (gegeben vom Damenkomitee). Zusammenkunft: 3 Uhr bei der Mölkerbasteischleife nächst dem Schottenring. Abends. a) Theaterbesuch (Karten im Sitzungslokale). b) Zwanglose Zusammenkunft im Volksgarten nächst dem Rathause.

Freitag, den 9. Oktober:

Vormittags. Besichtigung der Hofstallungen und Hofmuseen. Zusammenkunft: 9 Uhr 30 Min. im Café Casa piccola nächst den Hofmuseen, Mariahilferstraße 1. Nachmittags. Fahrt auf den Kahlenberg. Zusammenkunft: 2 Uhr 15 Min. bei der Mölkerbasteischleife; von da mit den Wagen der städt. Straßenbahnen und dem Extrazuge der Zahnradbahn zum Hotel Kahlenberg; Jause, Rückkunft ca. 8 Uhr abends (Fahrt frei). Abends. Zwanglose Zusammenkunft im Gartenbaurestaurant, Theaterbesuch etc.

Sonnabend, den 10. Oktober:

Vormittags. a) Ladenbummel. Zusammenkunft: 9 Uhr 30 Min. im Café de l'Europe auf dem Stephansplatze. b) Besichtigung des Parlamentes, der k. k. Schatzkammer. Zusammenkunft wie oben. Nachmittags. Fahrt nach Schönbrunn, Jause bei Hopfner. Zusammenkunft: 3 Uhr bei der Mölkerbasteischleife; Rückkehr ca. 6 Uhr abends. Abends Rout bei Sr. Exzellenz dem Herrn Minister des Innern, Freiherrn von Bienerth (Festkleidung).

Sonntag, den 11. Oktober:

Vormittags. Besichtigung der n.-ö. Landes-Heil- und Pflegeanstalten „Am Steinhof", Wien XIII. Zusammenkunft: 10 Uhr bei Bellaria. Abends. Wird am „Steinhofe" bekanntgegeben werden.

Die Stadt Wien hat die Kongressisten und ihre Damen zu einem Empfang und Festmahl im Rathause eingeladen.

Mittwoch, 7. Oktober, 1/2 8 Uhr abends
findet dieser

Empfang des Kongresses im Rathause

statt. Zu demselben sind auch die Teilnehmerinnen geladen. Festkleid, wenn möglich: Frack und weiße Krawatte für die Herren. Die Karten erliegen im Kongreßbureau (IX., Frankgasse 8). Von 1/2 7 Uhr abends an Besichtigung des Rathauses.

Am 10. Oktober abends
findet ein

Rout

bei Sr. Exzellenz dem Minister des Innern Freiherrn v. Bienerth statt. Die Damen und Herren sind gebeten, im Festkleide zu erscheinen. Einladungen zu diesem Rout werden im Bureau des Kongresses (IX, Frankgasse 8) ausgegeben.

Aus der Geschäftsordnung.

Das Sekretariat des Kongresses befindet sich vom 5. bis 11. Oktober 1908 in der Zeit von 9 bis 1 Uhr im Gebäude der k. k. Gesellschaft der Ärzte, Wien, IX., Frankgasse 8; vor dem Kongresse: Wien, XIII/12, n.-ö. Landessanatorium am Steinhof. — Die Tagesordnung wird vom Präsidenten festgestellt. — Als Kongreßsprachen sind Deutsch, Englisch, Französisch und Italienisch zulässig. — Den Vorsitz führt in den Sitzungen einer der in der Eröffnungssitzung zu wählenden Ehrenpräsidenten. — Den Generalreferenten stehen 20, den übrigen Vortragenden 15 Minuten Redezeit zur Verfügung; für die Diskussionsbemerkungen sind 5 Minuten festgesetzt. Ausnahmen zu machen ist in besonderen Fällen dem Präsidenten über Abstimmung durch die anwesenden Mitglieder gestattet, wobei die absolute Majorität entscheidet. — Kein Diskussionsredner darf zu demselben Gegenstande öfters als einmal das Wort ergreifen. Das Schlußwort hat stets der Referent beziehungsweise Vortragende. — Die Mitglieder werden gebeten, ihre bei der Diskussion vorgetragenen Ausführungen spätestens innerhalb 24 Stunden auf einseitig beschriebenem Papiere den Schriftführern zu übergeben, widrigenfalls die Diskussionsbemerkungen im offiziellen Kongreßberichte nicht aufgenommen werden können, sondern nur der Name des Diskussionsredners erwähnt wird. — Sämtliche Referate und Vorträge werden ausführlich in dem seinerzeit erscheinenden offiziellen Kongreßberichte veröffentlicht. Abbildungen, graphische Darstellungen etc. werden nur auf Kosten der Verfasser aufgenommen. — Die Manuskripte der Referate und Vorträge müssen bis spätestens 11. Oktober 1908 dem Sekretariate übergeben werden. — Die Lösung der Mitgliedskarte berechtigt 1. zur Teilnahme an allen von dem Kongresse veranstalteten wissenschaftlichen Sitzungen, Festlichkeiten, Vergnügungen und den Kongreßmitgliedern zustehenden Begünstigungen, 2. zum Bezuge des offiziellen Kongreßberichtes*), 3. zur Empfangnahme des Kongreßmitgliedsabzeichens. — Die Mitgliedskarte wird erst nach Erlegung des Mitgliedsbeitrages (20 K für Teilnehmer, 10 K für die Damen der Familie) ausgefolgt.**) — Die Herren Referenten und Vortragenden erhalten 50 Separatabdrucke ihrer Referate beziehungsweise Vorträge, die in dem offiziellen Kongreßberichte veröffentlicht sind. — In der allgemeinen Schlußsitzung gelangen Anträge, Anregungen usw. zur Diskussion, welche sich auf diesen

*) Um den Kongreßbericht auch Nichtmitgliedern zugänglich zu machen, wird derselbe auch im Buchhandel erscheinen.

**) Gegen Vorweisung der Mitgliedskarte erhalten die Teilnehmer im Sekretariate das Kongreßabzeichen sowie sämtliche Karten zu den verschiedenen Festlichkeiten etc.

oder den folgenden (IV.) Internationalen Kongreß für Irrenpflege beziehen.

Wohnungen.

Die P. T. Mitglieder wollen sich in allen Wohnungsangelegenheiten betreffenden Fragen an das „Gremium der Hoteliers und Fremdenherberger in Wien" wenden (Wien, VIII., Florianigasse Nr. 8, Hotel Hammerand).

Einladungen.

Am 6. Oktober 1908 findet im Saale der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien (IX., Frankgasse 8) der III. Österreichische Irrenärztetag statt (9—12 und 3—6 Uhr). Referent Doz. Dr. v. Sölder: „Ueber den Regierungsentwurf eines Entmündigungsgesetzes."

Der mährische Landesausschuß hat die P. T. Herren und Damen Kongressisten zur Besichtigung der mährischen Landesanstalten, speziell der neuen mährischen Landes-Heil- u. -Pflegeanstalt Kremsier eingeladen. Interessenten dafür wollen sich im Büro des Kongresses bis spätestens 10. Oktober vormittags melden.

Die Mitglieder und Teilnehmer des Kongresses sind eingeladen, die Heilpädagogische Anstalt für Erziehung und Unterricht geistig abnormer und nervöser Kinder in Wien-Grinzing, Langackergasse 12 (Direktor: Dr. Theodor Heller), zu besichtigen. Die Anstalt ist am besten mit der städtischen Straßenbahn (Linie 38) vom Schottenring aus zu erreichen und befindet sich in der Nähe der Heilanstalt des Hofrates Prof. Dr. Obersteiner.

Kongreßbureau.

Das Bureau des Kongresses befindet sich vom 5. bis 12. Oktober im Hause der Gesellschaft der Aerzte (IX., Frankgasse 8) und wollen von da ab alle Anfragen dahin gerichtet werden.

Die Mitglieder und die Teilnehmerinnen werden gebeten, ihre Wiener Adressen im Bureau des Kongresses abzugeben (Visitenkarte!).

Alle Einladungen, Festgaben und das Abzeichen sind gegen Vorweisung der Mitgliedskarte oder gegen Erlag des Mitgliedsbeitrages von 20 Kronen für eine Herren-, von 10 Kronen für eine Damenkarte im Bureau des Kongresses erhältlich.

Mittagsstation.

Als Mittagsstation wird das Restaurant „Riedhof", VIII., Wickenburggasse 15, empfohlen.

Ausflüge.

Bei genügender Beteiligung ist der Besuch der Landes-Pflege- und -Heilanstalten in Mauer-Öhling und in Kremsier in Aussicht genommen.

Ferner sind Ausflüge auf den durch Naturschönheiten ausgezeichneten Semmering und nach Preßburg projektiert.

Exemplare des kompletten definitiven Programms

sind von Herrn Prof. Dr. Pilcz, Wien XIII/12, „am Steinhof", zu beziehen.

Fahrpreisermässigungen

für die Mitglieder des III. internationalen Kongresses für Irrenpflege in Wien, 6.—11. Oktober 1908.

Das k. k. österreichische Eisenbahnministerium fand sich bestimmt, den bei den Personenkassen sich legitimierenden in- und ausländischen Mitgliedern des III. internationalen Kongresses für Irrenpflege in Wien auf den Linien der k. k. österreichischen Staatsbahnen (ausschließlich der im Staatsbetriebe stehenden Lokalbahnen) in der I. und II. Wagenklasse der Personen- und Schnellzüge bei Entfernungen von mehr als 50 km ausnahmsweise Fahrpreisermäßigungen in der Weise zu bewilligen, daß für die Benützung der

II. Kl.	Personenzug	nur eine Personenzugskarte	III. Kl.
I. „	„	„ „ „	II. „
II. „	Schnellzug	„ „ Schnellzugskarte	III. „
I. „	„	„ „ „	II. „

zu lösen ist.

Diese Fahrpreisbegünstigung, welche nur bei der Abfertigung im Lokalverkehre Anwendung findet, wird in der Zeit vom 4. bis einschließlich 11. Oktober d. Js. zur Fahrt nach Wien und vom 8. bis einschließlich 14. Oktober d. Js. zur Rückfahrt von Wien zugestanden.

Die für die Fahrt zum Kongresse nach Wien und für die Rückfahrt von Wien giltigen Legitimationen der Kongreßteilnehmer, auf Grund welcher die Inanspruchnahme der erwähnten Fahrpreisbegünstigung erfolgt, unterliegen im Sinne des Fahrkartensteuergesetzes vom 19. Juli 1902, R. G. Bl. Nr. 153, der Stempelgebühr.

— **Die diesjährige Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte** findet am 7. und 8. November in Karlsruhe statt. Als Geschäftsführer für die Versammlung beehren wir uns hiermit, zur Teilnahme an derselben freundlichst einzuladen. Anmeldungen von Vorträgen bitten wir unter Angabe des Themas baldigst, spätestens bis 10. Oktober, an einen von uns gelangen lassen zu wollen.

Oster-Illenau. Neumann-Karlsruhe.

— **Bonn.** Die am Kaiser-Karls-Ring neuerbaute Universitätsklinik für Psychisch- und Nervenkranke wird am 1. Oktober d. Js. in Betrieb genommen werden. Mit der Klinik ist eine Poliklinik verbunden, in der vom 26. September ab wochentäglich vormittags 1/2 11 bis 12 Uhr Sprechstunden gehalten werden. Außer Nerven- und Geisteskranken sollen in derselben hauptsächlich auch Alkoholkranke und geistig abnorme Kinder ärztlichen Rat finden.

— **Johannisthal.** Auf Veranlassung des sozialen Ferienzirkels des Kreises Kempen besichtigten am 12. September etwa 60 Studenten aller Fakultäten die Heil- und Pflegeanstalt Johannisthal. Direktor Dr. Flügge hatte die Führung übernommen; Landesrat Horion hielt später im Süchtelner Hof einen Vortrag über die Aufgaben und Einrichtungen der Provinz auf dem sozialkaritativen Gebiete.

Referate.

— Forty-Eighth Annual Report of the Medical Superintendent of the Matteawan State Hospital, Matteawan N. Y. Fishkill-on-Hudson, for the year ending September 30, 1907.

In Amerika hält man die Zentralanstalt für die richtige Lösung der Frage betreffs der Unterbringung der irren Verbrecher und verbrecherischen Irren. Solche Zentralanstalten, die dem Superintendenten der Staatsgefängnisse administrativ, in ärztlicher Beziehung aber der Kommission in Lunacy unterstellt sind, gibt es im Staate New York zwei, eine in Matteawan bei Fishkill-on-Hudson, die andere in Dannemora.

Nach eingelangtem 48. Jahresbericht der Staatsanstalt Matteawan verblieben am 1. Oktober 1906

	M.	W.	Zus.
in Behandlung	569	106	675
aufgenommen wurden	71	20	91
Es wurden also im ganzen behandelt	640	126	766

Es wurden zwei Kranke mehr aufgenommen als im Vorjahre. Die tägliche Durchschnittszahl der Verpflegten ist um 25 höher gegen das Vorjahr. 52 von den 91 Aufgenommenen waren irre Verbrecher. Von diesen waren nur sechs schwere Verbrecher. Direkt von den Strafgerichtshöfen wurden 39 Kranke gegen 27 im Vorjahre eingeliefert. Sieben Kranke wurden über Auftrag der Kommission in Lunacy in die Anstalt transferiert.

Entlassen wurden als:

	M.	W.	Zus.
Geheilt	8	6	14
Gebessert	17	7	24
Ungebessert	6	1	7
Nicht geisteskrank	1	0	1
Gestorben sind	22	2	24
	54	16	70
Am 30. September verblieben demnach in Behandlung	586	110	696

Die tägliche Durchschnittszahl der Verpflegten betrug 692,77.

Es bestand in der Anstalt ein Überbelag von 146 Betten.

Geheilt wurden 1,82% von allen Verpflegten.

Entsprechend dem Überbelag erscheint die Zahl der Ärzte auf sechs erhöht.

Ein Arzt kam auf 128, eine Pflegeperson auf sechs Kranke.

Im Stande der Pflegepersonen ist ein großer Wechsel verzeichnet. Von 113 Pflegepersonen resignierten 84; 28 wurden entlassen. Den größten Wechsel wiesen die Wachabteilungen auf. Trotz des Bestandes eines Pflegerheimes konnte dem Wechsel nicht Einhalt getan werden. Es traten auffallend viele Verheiratete aus, weil ihre Familien zu weit entfernt vom Spitale wohnen. Der Superintendent schlägt deshalb der Kommission in Lunacy zur Abhilfe dieses Übelstandes die Erbauung von Wohnhäusern (Quartieren) in der Nähe des von den Ortschaften entlegenen Spitales für verheiratete Pflegepersonen und die Gründung einer Pensionskasse vor, die nur zum Teile vom Staate dotiert, zum anderen Teile von den Pflegepersonen selbst erhalten werden soll, indem diese einen kleinen Beitrag von ihrem Monatslohne beisteuern. Er hofft dadurch ein seßhafteres Wartepersonal zu bekommen.

Unter den Todesfällen sind zwei Typhusfälle verzeichnet. Im August 1907 trat eine Typhusendemie auf, als deren Ursache bald die Verunreinigung des Trinkwassers, veranlaßt durch ein Gebrechen der Leitung, konstatiert wurde. Es erkrankten 32 Personen, von denen zwei starben.

Die Ausgaben für die Behandlung betrugen 134807,11 Dollars oder 194,59 Dollars pro Kopf und Jahr.

Nach Aufzählung der Erfordernisse für das nächste Jahr folgen 30 statistische Tabellen, die mit regem Fleiß und großer Sorgfalt gearbeitet sind.

Dr. Anton Hockauf.

Personalnachrichten.

— **Uchtspringe.** Oberarzt Dr. Schaumburg ist als Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Waldbroel, Rheinprovinz, berufen worden. Der in Gardelegen als Arzt der Familienpflege stationierte hiesige Arzt Dr. Stamm ist als Oberarzt der kolonialen Anstalt und familialen Kolonie nach Ilten bei Hannover berufen. An seine Stelle ist der ordentliche Arzt Dr. Engelken jun. aus Altscherbitz nach Gardelegen und der ordentliche Arzt Dr. Ehrcke von Uchtspringe nach Altscherbitz bei Leipzig versetzt worden.

— **Friedrichsberg-Hamburg.** Prof. Dr. med. et phil. W. Weygandt ist am 1. August d. Js. zum Direktor der Irrenanstalt Friedrichsberg ernannt worden. — Dr. Otto Ernst Burchard ist am 13. d. Mts. als Assistenzarzt in den Dienst der diesseitigen Anstalt getreten.

— **Eberswalde.** Geh. San.-Rat Dr. Ulrich, früher II. Arzt an der Provinzial-Irrenanstalt, ist gestorben.

— **Bielefeld.** Privatdozent Dr. Knapp (Göttingen), der zum Direktor der Irrenanstalt in Waldbroel ernannt war, ist Direktor der v. Bodelschwinghschen Anstalt geworden.

☛ Unserer heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma

E. Merck, Chem. Fabrik, Darmstadt,
betr. „Antithyreoidin-Moebius"

bei, worauf wir unsere Leser noch besonders aufmerksam machen.

Fortsetzung des Verzeichnisses auf der 4. Umschlagseite.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 28. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 28. 3. Oktober 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

)ie für die gerichtliche Psychiatrie wichtigen Bestimmungen des Entwurfs einer Strafprozessordnung.

Von Dr. *Peter Rixen*, leitender Arzt der Irrenabteilung des Königl. Strafgefängnisses in Breslau.

)er vor kurzem erschienene Entwurf einer Strafprozeßordnung enthält eine Reihe wichtiger Bestimmungen für die gerichtliche Psychiatrie. Im folgenden sind die Bestimmungen unserer jetzigen Strafprozeß- lnung und die entsprechenden des Entwurfs gegenübergestellt.

rafprozessordnung für das Deutsche Reich vom 1. Februar 1877.	Entwurf einer Strafprozessordnung. Amtliche Ausgabe. (Berlin 1908.)
1. Zeugnisverweigerungsrecht.	
§ 52, Abs. 3.	§ 48.
Zur Verweigerung des Zeugnisses sind ferner :echtigt: Rechtsanwälte und Ärzte in Ansehung desjenigen, s ihnen bei Ausübung ihres Berufes anvertraut ist. Die unter Nr. 3 bezeichneten Personen dürfen s Zeugnis nicht verweigern, wenn sie von der rpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden sind.	Verteidiger, Rechtsanwälte und Ärzte dürfen die Auskunft über solche Tatsachen verweigern, die ihnen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben oder der Ausübung ihres Amtes oder Berufes anvertraut worden sind, soweit sie nicht von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit befreit sind.
2. Unbeeidigte Vernehmung von Zeugen.	
§ 56, Abs. 1.	§ 58, Abs. 1.
Unbeeidigt sind zu vernehmen: 1. Personen, welche zur Zeit der Vernehmung das :hzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet oder gen mangelnder Verstandesreife oder wegen Ver- ndesschwäche von dem Wesen und der Bedeutung ; Eides keine genügende Vorstellung haben.	Nicht zu vereidigen sind: 1. Personen, die zur Zeit der Vernehmung das sechzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder wegen mangelnder Verstandesreife oder wegen Verstandesschwäche von dem Wesen und der Bedeutung des Eides keine genügende Vorstellung besitzen.
3. Auswahl von Sachverständigen.	
§ 73.	§ 71, Abs. 1 und 2.
Die Auswahl der zuzuziehenden Sachverständigen l die Bestimmung ihrer Anzahl erfolgt durch den :hter. Sind für gewisse Arten von Gutachten Sachver- ndige öffentlich bestellt, so sollen andere Personen · dann gewählt werden, wenn besondere Umstände erfordern.	Soweit die Zuziehung von Sachverständigen gesetzlich vorgeschrieben ist oder vom Richter für erforderlich erachtet wird, steht die Auswahl der Sachverständigen und die Bestimmung ihrer Zahl dem Richter zu. Sind für gewisse Arten von Gutachten Sachverständige öffentlich bestellt, so sollen andere Personen nur gewählt werden, wenn besondere Umstände dies erfordern.

4. Vorbereitung des Gutachtens von Sachverständigen.

§ 80.

Dem Sachverständigen kann auf sein Verlangen zur Vorbereitung des Gutachtens durch Vernehmung von Zeugen oder des Beschuldigten weitere Aufklärung verschafft werden.

Zu demselben Zwecke kann ihm gestattet werden, die Akten einzusehen, der Vernehmung von Zeugen oder des Beschuldigten beizuwohnen und an dieselben unmittelbar Fragen zu stellen.

§ 75, Abs. 2.

Dem Sachverständigen kann auf sein Verlangen zur Vorbereitung des Gutachtens durch Vernehmung von Zeugen und Beschuldigten weitere Aufklärung verschafft werden; auch kann ihm gestattet werden, die Akten einzusehen, bei der Vernehmung von Zeugen und Beschuldigten zugegen zu sein und unmittelbar Fragen an sie zu richten.

5. Einweisung eines Beschuldigten zur Beobachtung und Begutachtung seines Geisteszustandes in eine Irrenanstalt.

§ 81.

Zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand des Angeschuldigten kann das Gericht auf Antrag eines Sachverständigen nach Anhörung des Verteidigers anordnen, daß der Angeschuldigte in eine öffentliche Irrenanstalt gebracht und dort beobachtet werde.

Dem Angeschuldigten, welcher einen Verteidiger nicht hat, ist ein solcher zu bestellen.

Gegen den Beschluß findet sofortige Beschwerde statt. Dieselbe hat aufschiebende Wirkung.

Die Verwahrung in der Anstalt darf die Dauer von 6 Wochen nicht überschreiten.

§ 80.

Ist zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand des Beschuldigten nach der Erklärung des Sachverständigen eine längere Beobachtung erforderlich, so hat der Richter dem Sachverständigen soweit tunlich, hierzu Gelegenheit zu geben.

Erklärt der Sachverständige, daß die erforderliche Beobachtung außerhalb einer Irrenanstalt nicht ausführbar ist, und wird sie dem Sachverständigen auch nicht dadurch ermöglicht, daß der Beschuldigte sich freiwillig in eine solche Anstalt aufnehmen läßt, so kann, sofern die öffentliche Klage bereits erhoben ist, das Gericht anordnen, daß der Angeschuldigte in einer öffentlichen Irrenanstalt unterzubringen ist; die Anstalt ist vom Gerichte zu bezeichnen. Vor der Anordnung ist der Verteidiger zu hören; hat der Angeschuldigte keinen Verteidiger, so ist ihm ein solcher für das Verfahren über die Unterbringung zu bestellen. Gegen die Anordnung ist sofortige Beschwerde zulässig; die Beschwerde hat aufschiebende Wirkung.

Sobald die Beobachtungen zur Abgabe des Gutachtens ausreichen, hat der Sachverständige dem Gericht Anzeige zu machen. Die Unterbringung in der Anstalt darf, auch wenn sie in demselben Verfahren oder in einem anderen Verfahren, das dieselbe Tat zum Gegenstande hat, wiederholt angeordnet wird, ohne Einwilligung des Angeschuldigten in ihrer Gesamtdauer sechs Wochen nicht überschreiten.

Die Vorschriften des Abs. 2, 3 finden keine Anwendung im Verfahren auf Privatklage und in Sachen, die in erster Instanz vor den Amtsgerichten ohne Schöffen zu verhandeln sind.

§ 352.

Beschlüsse, welche von dem Landgericht in der Beschwerdeinstanz erlassen sind, können, insofern sie Verhaftungen betreffen, durch weitere Beschwerde angefochten werden.

§ 313.

Durch weitere Beschwerde können Entscheidungen des Landgerichts in der Beschwerdeinstanz nur insoweit angefochten werden, als sie die Anordnung der Untersuchungshaft, der Zwangshaft oder der Unter-

Im übrigen findet eine weitere Anfechtung der in der Beschwerdeinstanz ergangenen Entscheidungen nicht statt.

bringung in einer öffentlichen Irrenanstalt betreffen.

Im übrigen findet eine Anfechtung der in der Beschwerdeinstanz ergangenen Entscheidungen nicht statt.

6. Erstattung des Gutachtens.

§ 82.

Im Vorverfahren hängt es von der Anordnung des Richters ab, ob die Sachverständigen ihr Gutachten schriftlich oder mündlich zu erstatten haben.

§ 76, Abs. 1.

Der Richter kann anordnen, daß der Sachverständige das Gutachten schriftlich zu erstatten hat.

§ 83, Abs. 1, 2.

Der Richter kann eine neue Begutachtung durch dieselben oder durch andere Sachverständige anordnen, wenn er das Gutachten für ungenügend erachtet.

Der Richter kann die Begutachtung durch einen anderen Sachverständigen anordnen, wenn ein Sachverständiger nach Erstattung des Gutachtens mit Erfolg abgelehnt ist.

§ 76, Abs. 3.

Erachtet der Richter ein Gutachten nicht für ausreichend, so kann er dessen Ergänzung oder eine neue Begutachtung durch einen anderen Sachverständigen anordnen.

§ 83, Abs. 3.

In wichtigeren Fällen kann das Gutachten einer Fachbehörde eingeholt werden.

§ 71, Abs. 3.

An Stelle der Vernehmung eines Sachverständigen kann in geeigneten Fällen das Gutachten einer Fachbehörde eingeholt werden.

7. Bestimmung betr. sachverständige Zeugen.

§ 85.

Insoweit zum Beweise vergangener Tatsachen oder Zustände, zu deren Wahrnehmung eine besondere Sachkunde erforderlich war, sachkundige Personen zu vernehmen sind, kommen die Vorschriften über den Zeugenbeweis zur Anwendung.

§ 70, Abs. 2.

Sind zum Beweise vergangener Tatsachen, zu deren Wahrnehmung eine besondere Sachkunde erforderlich war, sachkundige Personen zu vernehmen, so kommen die Vorschriften über Zeugen zur Anwendung.

8. Vorläufige Einstellung des Strafverfahrens.

§ 203.

Vorläufige Einstellung des Verfahrens kann beschlossen werden, wenn dem weiteren Verfahren Abwesenheit des Angeschuldigten oder der Umstand entgegensteht, daß derselbe nach der Tat in Geisteskrankheit verfallen ist.

§ 157, Abs. 1 und 2.

Die Staatsanwaltschaft kann von jedem Einschreiten absehen, solange dem Verfahren ein in der Person des Verdächtigen begründetes Hindernis entgegensteht, dessen Beseitigung in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist.

Tritt das Hindernis erst nach der Erhebung der öffentlichen Klage hervor, so wird das Verfahren vom Gerichte bis auf weiteres eingestellt.

9. Nichtvollstreckung des Todesurteils bei Verfall des Verurteilten in Geisteskrankheit.

§ 485, Abs. 2.

An schwangeren oder geisteskranken Personen darf ein Todesurteil nicht vollstreckt werden.

§ 466, Abs. 2.

An schwangeren oder geisteskranken Personen darf die Todesstrafe nicht vollstreckt werden.

10. Aufschiebung der Freiheitsstrafe bei Verfall des Verurteilten in Geisteskrankheit (vor Antritt der Strafe).

§ 487, Abs. 1.

Die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe ist aufzu-

§ 471, Abs. 1.

Die Vollstreckung der Freiheitsstrafe ist aufzu-

schieben, wenn der Verurteilte in Geisteskrankheit verfällt.

schieben, wenn der Verurteilte vor deren Beginn in Geisteskrankheit oder in eine andere Krankheit verfällt, bei der die Vollstreckung der Strafe eine nahe Lebensgefahr für den Verurteilten herbeiführen würde.

11. Anrechnung der Dauer des Aufenthaltes eines Strafgefangenen in einer Krankenanstalt auf die Strafzeit.

§ 493.

Ist der Verurteilte nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht worden, so ist die Dauer des Aufenthalts in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen, wenn nicht der Verurteilte mit der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, die Krankheit herbeigeführt hat.

Die Staatsanwaltschaft hat in letzterem Falle eine Entscheidung des Gerichts herbeizuführen.

§ 472.

Wird der Verurteilte nach dem Beginne der Vollstreckung in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht, so ist die Dauer des Aufenthalts in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen, es sei denn, daß der Verurteilte die Krankheit vorsätzlich herbeigeführt hat.

Soll die Einrechnung nicht stattfinden, so ist die Entscheidung des Vollstreckungsgerichts herbeizuführen.

Der § 48 des Entwurfs enthält dieselbe Vorschrift wie der § 52 Abs. 3 unserer jetzigen Strafprozeßordnung. Wünschenswert wäre eine Bestimmung darüber, daß, wie Aschaffenburg dies in seinem Referate auf der Versammlung des Deutschen Medizinal-Beamten-Vereins in Heidelberg im Jahre 1905 verlangte, der Arzt über das Recht zur Verweigerung des Zeugnisses belehrt wird. Es empfiehlt sich deshalb folgender Zusatz:

„Dieselben sind auf das Recht, ihre Aussagen zu verweigern, hinzuweisen."

Auch der § 58 Abs. 1 enthält dieselbe Bestimmung wie der § 56 Abs. 1 der jetzigen Strafprozeßordnung. Aschaffenburg hat auf der erwähnten Versammlung darauf hingewiesen, daß diese Bestimmung nicht genügt. Es kann vorkommen, daß eine Person über Beobachtungen vernommen wird, die sie gemacht hat, als sie geisteskrank war, während sie zur Zeit der Vernehmung geistesgesund ist. Nach unserem heutigen Gesetze und auch nach dem Entwurf muß die Vereidigung erfolgen, da sie zur Zeit ihrer Vernehmung Wesen und Bedeutung des Eides klar erkennt. Doch wird ihre Beobachtung und ihr Urteil durch die geistige Erkrankung zur Zeit der Tat, wenn sie auch das subjektive Bestreben zur richtigen Aussage hat, objektiv zweifellos getrübt. Die von Aschaffenburg vorgeschlagene Fassung verdient entschieden den Vorzug vor dem Wortlaut des Entwurfs, denn sie schließt auch eine Vereidigung dann aus, wenn die Vernehmung sich auf Wahrnehmungen erstreckt, die zur Zeit einer geistigen Erkrankung gemacht wurden. Dieselbe lautet:

„Unbeeidigt sind zu vernehmen Personen, deren Aussagen oder Wahrnehmungen durch Geisteskrankheit oder Geistesschwäche beeinflußt sind."

Die Vorschrift des § 71 Abs. 1 und 2 ist im wesentlichen gleichlautend wie der § 73 St. P. O. Bedenken dürften gegen die Fassung nicht zu erheben sein.

Der § 75 Abs. 2 des Entwurfs entspricht durchaus dem § 80 St. P. O. Wünschenswert wäre eine Fassung, die dem Sachverständigen nicht nur die Möglichkeit, sondern das Recht zur Fragestellung an die Zeugen und die Einsichtnahme der Akten einräumt. Ich schlage deshalb folgenden Wortlaut vor:

„Dem Sachverständigen ist auf sein Verlangen zur Vorbereitung des Gutachtens durch Vernehmung von Zeugen und Beschuldigten weitere Aufklärung zu verschaffen; auch ist ihm zu gestatten, die Akten einzusehen, bei der Vernehmung von Zeugen und Beschuldigten zugegen zu sein und unmittelbare Fragen an sie zu richten."

Die wichtigsten Änderungen auf forensisch-psychiatrischem Gebiete enthält die Vorschrift des Entwurfs in § 80. Die amtliche Ausgabe bringt dazu folgende Begründung.

„Die Vorschriften über die Beobachtung des Beschuldigten auf seinen Geisteszustand enthalten eine Reihe von Änderungen des geltenden Gesetzes (§ 81), die im wesentlichen darauf abzielen, die Unterbringung in einer öffentlichen Irrenanstalt auf Fälle zu beschränken, in denen diese Maßnahme nicht durch andere Vorkehrungen ersetzt werden kann und auch nicht außer Verhältnis zu der Bedeutung der Sache steht. Die Unterbringung soll daher nur angeordnet werden dürfen, wenn dem Sachverständigen die Beobachtung nicht auf andere Weise ermöglicht

werden kann (Abs. 1, Abs. 2 Satz 1). Nicht selten wird dies dadurch geschehen können, daß der Beschuldigte sich mit einer Beobachtung in seiner Häuslichkeit einverstanden erklärt; befindet er sich nicht auf freiem Fuße, so kann unter Umständen auch durch eine Beobachtung in der Anstalt, in der er sich befindet, eine sichere Grundlage für das Gutachten erzielt werden. Läßt sich eine Beobachtung außerhalb einer Irrenanstalt nach der Erklärung des Sachverständigen nicht ausführen, so wird dem Beschuldigten offen gelassen, die Unterbringung in einer öffentlichen Irrenanstalt dadurch abzuwenden, daß er sich freiwillig in eine private Irrenanstalt aufnehmen läßt. Selbstverständlich muß es sich hierbei um eine Anstalt handeln, die dem Sachverständigen hinreichend zugänglich ist und Gewähr dafür bietet, daß dem Sachverständigen die Beobachtung auch sonst in keiner Weise erschwert wird. Ist auch dieser Weg nicht gangbar, so dürfen vor Erhebung der öffentlichen Klage weitere Maßnahmen nicht getroffen werden; erst nachdem die öffentliche Klage erhoben ist, soll das Gericht, ohne dabei an einen förmlichen Antrag des Sachverständigen gebunden zu sein, anordnen können, daß der Angeschuldigte in einer vom Gericht zu bezeichnenden öffentlichen Irrenanstalt unterzubringen ist (§ 80, Abs. 2 Satz 1). Im Verfahren auf Privatklage und in Sachen, die in erster Instanz vor den Amtsgerichten ohne Schöffen zu verhandeln sind, darf der Angeschuldigte in einer Irrenanstalt zur Beobachtung des Geisteszustandes zwangsweise überhaupt nicht untergebracht werden (Abs. 4). Die Einschränkung der Unterbringung ist somit in der gleichen Weise umgrenzt wie der Ausschluß der Zeugniszwangshaft für gewisse Sachen (§ 67, Abs. 2 Satz 3); sie beruht auch auf ähnlichen Erwägungen.

Im übrigen sind die Garantien dadurch verstärkt, daß der Angeschuldigte bezüglich der Anfechtung der Anordnung günstiger als bisher gestellt wird. Das Recht der sofortigen Beschwerde wird ihm auch dann gewährt, wenn die Anordnung nach Eröffnung des Hauptverfahrens zur Vorbereitung des Urteils erlassen wird (zu vergl. § 309), und gegen die Entscheidung des Beschwerdegerichts soll ihm nach § 313 noch das Rechtsmittel der weiteren Beschwerde zustehen.

Was die Ausführung der Anordnung angeht, so wird, um zu verhüten, daß der Angeschuldigte in der öffentlichen Irrenanstalt länger zurückgehalten wird, als es zum Zwecke seiner Beobachtung erforderlich ist, dem Sachverständigen zur Pflicht gemacht, dem Gericht Anzeige zu erstatten, sobald seine Beobachtungen ihm für die Abgabe des Gutachtens eine ausreichende Grundlage bieten (Abs. 3 Satz 1). Nach Abs. 3 Satz 2 darf die Dauer der Unterbringung sechs Wochen auch dann nicht überschreiten, wenn in demselben Verfahren oder in einem anderen Verfahren, das dieselbe Tat zum Gegenstande hat, die Unterbringung erneut angeordnet wird. Nur mit Einwilligung des Angeschuldigten soll es gestattet sein, die Unterbringung über sechs Wochen hinaus zu erstrecken."

Zunächst soll die Unterbringung in einer Irrenanstalt möglichst eingeschränkt werden. Statt dessen ist eine Beobachtung in der Häuslichkeit des Beschuldigten oder, wenn er sich nicht auf freiem Fuß befindet, eine Beobachtung in der Anstalt, in der er sich befindet, vorgesehen. Diese Bestimmung ist vom psychiatrischen Standpunkte aus im höchsten Grade bedenklich. Weder die Beobachtung in der Häuslichkeit noch die in einem Untersuchungsgefängnis vermögen eine Beobachtung in einer Irrenanstalt zu ersetzen. Der Sachverständige kann den Beschuldigten in seiner Häuslichkeit nur relativ kurze Zeit beobachten und ist im übrigen auf die Berichte der Angehörigen und des Beschuldigten selbst angewiesen. Diese können von vornherein als objektiv nicht angesehen werden. Auch ein Untersuchungsgefängnis ist nicht der geeignete Ort für eine psychiatrische Beobachtung. Der Gefangenenaufseher sieht zu leicht in jedem auffälligen Symptom eine bewußte Vortäuschung und erstattet demgemäß seine Berichte. Es ist nicht zu verkennen, daß aus dem Entwurf und dessen Begründung ein erhebliches Mißtrauen gegen die Irrenanstalten herausschaut. Die Irrenanstalt und allein die Irrenanstalt ist der geeignete Ort für die Beobachtung zweifelhafter Geisteszustände; die Irrenärzte sind die hierzu berufenen Sachverständigen.

Statt die Unterbringung in einer Irrenanstalt zu erschweren und einzuschränken, sollte eine solche erleichtert und erweitert werden. Es handelt sich in einem Strafverfahren um die Freiheit und Ehre eines Menschen. Da kann wirklich davon nicht die Rede sein, daß die Unterbringung in einer Irrenanstalt „außer Verhältnis zu der Bedeutung der Sache steht".

Gänzlich neu ist in dem Entwurf die Bestimmung, daß der Beschuldigte, wenn der Sachverständige eine Beobachtung außerhalb der Irrenanstalt für unausführbar erachtet, sich freiwillig zum Zwecke der Beobachtung durch den vom Gericht bestimmten Sachverständigen in eine private Irrenanstalt begeben kann. In der Regel wird in einem solchen Falle, wie dies auch aus der Fassung hervorgeht, das Gericht nicht den Arzt der Privat-Irrenanstalt mit der Begutachtung beauftragen, sondern einen anderen Arzt, meistens wohl den Gerichts- oder Kreisarzt. Es ist nun nicht zu leugnen, daß die Beobachtung und Begutachtung darunter leidet. Es ist dringend wünschenswert, daß der begutachtende Arzt gleichzeitig behandelnder Arzt der Irrenanstalt ist, in welcher der Beschuldigte untergebracht ist. Wenn der Beschuldigte sich freiwillig in eine private Irrenanstalt begibt, so hat er selbstverständlich selbst die Kosten des Aufenthaltes und der Begutachtung zu tragen. Sehr viele Angeschuldigte werden nicht in der Lage sein, diese zu übernehmen. So wird sich in dieser Hinsicht ein Gegensatz der Gesellschaftskreise entwickeln. Der Wohlhabende und Gutsituierte wird sich schon im Vorverfahren freiwillig auf eigene Kosten zur Beobachtung in eine private Irrenanstalt begeben, während der sozial Schlechtergestellte erst nach Eröffnung der

öffentlichen Klage auf Beschluß des Gerichtes zwangsweise zur Beobachtung in eine öffentliche Irrenanstalt gebracht wird.

Das Gericht kann nach dem Entwurf die Unterbringung in einer öffentlichen Irrenanstalt anordnen, ohne, wie nach der jetzigen Strafprozeßordnung, an einen förmlichen Antrag des Sachverständigen gebunden zu sein. Im Privatklageverfahren und in Sachen, die in erster Instanz vor dem Amtsgericht ohne Schöffen verhandelt werden, soll eine Unterbringung in einer Irrenanstalt nicht zulässig sein. Hiergegen bestehen von psychiatrischer Seite keine Bedenken, da es sich fast ausschließlich um Übertretungen und leichte Vergehen, die mit Geld- bezw. geringfügigen Haftstrafen bedroht sind, handelt.

Nach unserer jetzigen Strafprozeßordnung hat der Angeklagte das Recht, gegen einen Beschluß des Gerichtes, der die Beobachtung in einer öffentlichen Irrenanstalt anordnet, die sofortige Beschwerde zu erheben (§ 81, Abs. 3). Wird die Beschwerde zurückgewiesen, so sind die Rechtsmittel gegen die Unterbringung erschöpft. Nach dem Entwurf ist zunächst die sofortige Beschwerde gegen die Anordnung einer Unterbringung in einer öffentlichen Irrenanstalt zulässig (§ 80, Abs. 2). Wird die Berufung von dem Landgericht als Beschwerdeinstanz verworfen, so soll gegen diesen ablehnenden Beschluß noch die weitere Beschwerde zulässig sein (§ 313). Dadurch kann die Beobachtung in einer öffentlichen Irrenanstalt eine beträchtliche Zeit hinausgeschoben werden. Es liegt aber sowohl im Interesse der Rechtsprechung wie des Angeklagten, daß die Beobachtung möglichst bald stattfindet. Es wäre deshalb zweckmäßiger, es bei dem bisherigen Verfahren, über welches Klagen nicht bekannt geworden sind, zu belassen. Einer besonderen gesetzlichen Bestimmung darüber, daß der Sachverständige dem Gericht Anzeige zu machen hat, sobald die „Beobachtungen zur Abgabe des Gutachtens ausreichen", bedarf es nicht. Es ist selbstverständlich, daß der Beschuldigte bezw. Angeklagte nicht länger als notwendig in der Irrenanstalt zurückgehalten wird. Der diesbezügliche Satz kann daher unbedenklich gestrichen werden.

Wie bisher „soll die Unterbringung in der Anstalt, auch wenn sie in demselben Verfahren oder in einem anderen Verfahren, das dieselbe Tat zum Gegenstande hat, wiederholt angeordnet wird, in ihrer Gesamtdauer sechs Wochen nicht überschreiten". Hier ist nun in dem Entwurf hinter „angeordnet wird" — „ohne Einwilligung des Angeschuldigten" eingeschoben. Die Zeit von sechs Wochen ist, wie sich nicht selten in Prozessen zeigt, recht karg bemessen, um ein endgültiges Urteil über den Geisteszustand eines Beschuldigten abzugeben, denn es handelt sich hier sehr oft um Grenzzustände, über welche erst nach längerer Beobachtung ein abgeschlossenes Urteil möglich ist. Nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Angeschuldigten soll eine längere Beobachtung in einer Irrenanstalt gestattet sein. Statt dessen wäre eine Bestimmung darüber wünschenswert, daß in sehr schwierigen Fällen durch Beschluß eines höheren Gerichts eine Verlängerung der Beobachtung auf weitere sechs Wochen angeordnet werden kann.

Die Bestimmungen des § 80 des Entwurfs können als eine Verbesserung gegenüber denen des § 81 St. P. O. nicht angesehen werden. Es kann nicht gebilligt werden, daß die Unterbringung in einer Irrenanstalt so eingeschränkt wird. Ein Schaden wird aus einer Beobachtung in einer Irrenanstalt nie erwachsen; sie bietet andererseits die beste Gewähr für eine objektive, einwandsfreie psychiatrische Begutachtung. Die Beobachtung des Beschuldigten in seiner Häuslichkeit und in einem Untersuchungsgefängnis können eine Beobachtung in einer Irrenanstalt nicht ersetzen. Die freiwillige Beobachtung des Angeschuldigten in einer privaten Irrenanstalt durch einen vom Gericht bestimmten Sachverständigen ist nur in vereinzelten Fällen angängig und bietet auch nicht die Möglichkeit einer ständigen Beobachtung, welche die Unterbringung in einer öffentlichen Irrenanstalt gewährt. Die Einführung einer weiteren Beschwerde gegen die Anordnung der Unterbringung in einer Irrenanstalt ist nicht notwendig und hat nur eine Verzögerung der Beobachtung zur Folge.

Hinsichtlich der Erstattung des Gutachtens enthalten die Bestimmungen des Entwurfs in § 76, Abs. 1 und 3 und § 71, Abs. 3 die gleichen Vorschriften wie die §§ 82, 83, Abs. 1 und 2 und 3 der St. P. O.

Auch die Bestimmung betr. sachverständige Zeugen ist unverändert beibehalten worden. Dieselbe ist durchaus entbehrlich und kann ohne Bedenken gestrichen werden.

Eine wichtige Änderung gegenüber dem geltenden Gesetz enthält der § 157 des Entwurfs. Nach geltendem Recht (§ 203) kann Einstellung des Verfahrens beschlossen werden, wenn dem weiteren Verfahren der Umstand entgegensteht, daß der Angeschuldigte nach der Tat in Geisteskrankheit verfallen ist, während nach dem Entwurf der Staatsanwalt von jedem Einschreiten Abstand nehmen kann, wenn der Angeschuldigte nach der Tat in Geisteskrankheit verfallen ist, und eine Heilung in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist. Die Staatsanwaltschaft muß, wie es in der Begründung heißt, „zur Vermeidung nutzloser

Klagen befugt sein, von einem Einschreiten vorläufig abzusehen". Tritt das Hindernis, also der Verfall in Geisteskrankheit, nach Erhebung der öffentlichen Klage ein, so beschließt das Gericht die vorläufige Einstellung des Verfahrens.

Hinsichtlich der Nichtvollstreckung der Todesstrafe bei Geisteskrankheit des Verurteilten weicht der § 466, Abs. 2 nicht von § 485, Abs. 2 St. P. O. ab.

In dem § 471, Abs. 1 des Entwurfs ist die Einfügung der Worte: „vor deren Beginn" gegenüber § 487, Abs. 1 bemerkenswert. Die Bestimmung betrifft nur den seltenen Fall, daß ein Verurteilter nach Rechtskraft des Urteils und vor Beginn der Freiheitsstrafe in Geisteskrankheit verfällt. In den Beschlüssen von Landgerichten und Oberlandesgerichten war bisher die Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes auf die Strafzeit, wie ich in zwei Abhandlungen in dieser Zeitschrift im Jahre 1907 und 1908 ausgeführt habe, irrtümlich unter Berufung auf § 487, Abs. 1 St. P. O. abgelehnt worden. Der § 471, Abs. 1 des Entwurfs läßt diese Auffassung durch die Einschiebung der Worte „vor deren Beginn" nicht zu.

Der § 472 des Entwurfs stimmt mit dem § 493 des geltenden Gesetzes fast völlig überein. Es ist dringend zu wünschen, daß diese Bestimmung, die zu ganz verschiedenen, abweichenden Rechtsauffassungen und Gerichtsbeschlüssen Anlaß gegeben hat, klarer gefaßt wird und vor allem auch eine klare Vorschrift darüber erhält, daß bei Verfall eines Strafgefangenen in Geisteskrankheit und Überführung desselben in eine Irrenanstalt die Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes auf die Strafzeit erfolgen muß. Die humane Absicht, welche der Gesetzgeber in der Festsetzung des § 493 St. P. O. geleitet hat, wurde bisher dadurch völlig zunichte gemacht, daß bei Verfall eines Strafgefangenen in Geisteskrankheit und dessen Überführung in eine Irrenanstalt die Strafhaft durch Anordnung der Minister des Innern und der Justiz unterbrochen, der Strafgefangene in einem solchen Falle aus der Strafhaft entlassen wurde. Ich habe bereits früher in den erwähnten Abhandlungen näher ausgeführt, daß ein solches Verfahren auch nach dem geltenden Recht unzulässig ist; ich habe darauf hingewiesen, wie die Gerichtsbeschlüsse einander direkt widersprechen, wie dem einen Gefangenen der Irrenanstaltsaufenthalt auf die Strafzeit angerechnet wurde, dem andern nicht. Diesem unhaltbaren Zustande muß unbedingt ein Ende gemacht werden. Der Unterschied, der jetzt in solchen Fällen zwischen geistiger und körperlicher Krankheit gemacht wird, muß fallen, der Geisteskranke, der durch seine Erkrankung mindestens ebenso hart getroffen wird wie der körperlich Kranke, muß letzterem auch in diesem Punkte völlig gleichgestellt werden. Unter Anlehnung an die von Aschaffenburg angegebene Fassung bringe ich folgenden Wortlaut an Stelle des § 472 des Entwurfs in Vorschlag:

„Wird der Verurteilte nach dem Beginne der Strafvollstreckung in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht, so ist die Dauer des Aufenthaltes in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen, es sei denn, daß der Verurteilte die Krankheit oder eine Verbringung in die Krankenanstalt selbst herbeigeführt hat. Dies gilt auch für solche Verurteilte, welche wegen Geisteskrankheit in eine Irrenanstalt gebracht wurden.

Eine Strafunterbrechung findet in einem solchen Falle nicht statt."

Referate.

— Leitfaden der Psychiatrischen Klinik. Von Dr. M. Reichardt. Jena, Verlag von G. Fischer. 1907.

Der Zweck dieses Leitfadens ist, dem Studierenden als Wegweiser in das Gebiet der Psychiatrie zu dienen. Die Lösung dieser Aufgabe ist unendlich schwer und hat der Verf. recht daran getan, wenn er, um ihr näher zu kommen, seinen Stoff in etwas schematisch gehaltener Weise bearbeitet.

Der allgemeine Teil, u. a. mit seinen Kapiteln über die körperlichen und neurologischen Symptome, mit seinen diagnostischen Grundfragen und prognostischen Erwägungen, mit seiner Anleitung zur Untersuchung Geisteskranker usf., verdient besonderer Hervorhebung. Auch die spezielle Psychiatrie wird in vielen Punkten dem Studierenden Nutzen bringen; sie verliert sich aber auch öfters zu sehr ins Einzelne und verfehlt so z. T. die beabsichtigte Wirkung; über die Auffassung des Verf's., z. B. über die Einteilung und Nomenklatur der Psychosen, soll hier nicht referiert werden; manches darin erscheint anfechtbar beziehungsweise steht unseren jetzigen Anschauungen entgegen.

Den kurzen mit „Gehirn und Schädel" betitelten Schlußteil möchte Ref. noch besonders als recht instruktiv erwähnen. Heinicke-Waldheim.

— Kulke: Kritik der Philosophie des Schönen. Leipzig, Deutsche Verlagsaktiengesellschaft, 1906. 343 S.

Es ist höchst verdienstlich, daß Fr. Krauß das bedeutende Werk seines 1897 verstorbenen Freundes herausgab. Nirgends wird man wohl eine so klare und scharfe Kritik der Ästhetik finden, und man wird danach dem Verf. Recht geben müssen, wenn er zum Resultate kommt, daß das ästhetische Urteil nicht demonstriert und nicht widerlegt werden kann, daß es in Sachen des Geschmackes keine Norm gibt und geben und die Majorität und Autorität hier nie entscheiden kann. Auch die experimentellen Versuche zur Ästhetik führen gleichfalls hier kaum weiter. Jeder Psychiater wird sich auch mit dieser Materie, die Psychologie und Ethik so nahe berührt, vertraut machen müssen, und da kann ihm kaum ein besseres Buch empfohlen werden als obiges. Näcke.

— Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen usw. Herausgegeben von Dr. M. Hirschfeld, IX. Jahrgang, 1908. Leipzig, Spohr. 663 S.

Wieder liegt ein neues, vornehm ausgestattetes Jahrbuch vor uns, mit einer Fülle von Tatsachen, besonders bez. der Homosexualität. Numa Praetorius erörtert zunächst: „Inwiefern widerspricht der § 175 St. G. B. dem richtigen Recht?", wobei er unter „richtigem Recht" das Recht versteht, welches den heutigen allgemeinen Anschauungen entspricht. Der § 175 muß fallen, da die betreffenden Handlungen keinen Eingriff in die soziale Ordnung darstellen und das Recht keine „Sündhaftigkeit" bestrafen kann. Eine blinde Empfindung des Volks sei nicht zu berücksichtigen gegenüber den wissenschaftlichen Tatsachen. In sehr interessanter Weise zeigt dann Kind, daß die Homosexualität in sehr vielen Fällen (in seinen zahlreichen in bei $^1/_5$) mit anderen sexuellen Anomalien verbunden ist, besonders mit Masochismus. Mit Recht sagt er, daß es an sich weder göttliche noch ekelhafte Abweichungen und Handlungen gäbe. Beispiele und originelle psychologisch-sexuelle Ausblicke allgemeiner Art. E. von Kupffer bringt eine durch reiche Illustrationen wertvolle eingehende Studie über den herrlichen Renaissance-Maler Giovan-Antonio Bazzi, il Sodoma. Er geht allen Werken liebend nach und stellt den Maler als Urning hin, ohne freilich dafür Beweise zu bringen, ebensowenig wie Sophie Hochstetter für Christine von Schweden. Sie beschreibt aber sehr angehend ihre Jugend. Sie hält sie für eine Bisexuelle, mit vorwiegend homos. Neigung. Kiefer zeigt, daß Sokrates in der Jugend homosexuell war und sich so betätigte, später aber von der Jünglingsliebe nichts mehr wissen wollte. P. Stephanus bespricht eingehend den *παίδων ἔρως* in der griechischen Dichtung und zwar in den zahllosen Epigrammen der Anthologien, und man ist billig erstaunt, wie viel herrliche Lieder über die Knabenliebe bestehen. Näcke teilt einen langen Brief eines Reisenden mit, wonach auch im heutigen Albanien die Homos. besteht, aber in der edleren Form von Bündnissen. Er macht noch verschiedene Bemerkungen dazu. Fr. Krauß zeigt, daß der feine Novellist und Philosoph Kulke, Verfasser der ausgezeichneten „Kritik der Philosophie des Schönen", ein Urning war. Sadger, ein treuer Anhänger Freuds in Wien, gibt ein sehr genaues und interessantes „Fragment der Psychoanalyse eines Homosexuellen". Er geht mit seinem Meister durch Dick und Dünn und entdeckte, daß hinter jedem hysterischen und zwangsneurotischen Symptom auch homosexuelle Wünsche stecken, die wegreagiert werden müßten, um völlige Gesundheit zu erzielen! Ja diese Homos. träte sogar in den Vordergrund; auch im Heterosexuellen sei wohl stets eine „mehr oder minder große Dosis von Homos." wie im Urning ein heterosex. Komponent. Wenn dies wahr wäre, würde die Theorie der bisexuellen Anlage des Menschen bewiesen sein. Endlich bespricht in sehr eingehender Weise Numa Praetorius die Bibliographie der Homosexualität. Ausgezeichnet sind alle Bemerkungen dieses erfahrenen Sachkenners. Nur einiges sei hier angeführt. Unwahr sei es, daß die Urninge wahre Weiberverächter öfter seien, ebenso, daß der Staat durch Aufklärung über das Wesen der Homos. geschädigt werde. Den homos. Trieb darf man durchaus nicht allen möglichen krankhaften Trieben gleichstellen. Verf. glaubt, daß der Urning sich doch durch eine Zahl charakteristischer Merkmale vom Durchschnittsheterosexuellen unterscheide (? Ref.). Er ist auch polygam und hat vielleicht eine größere libido. Als Ursache für Homos. seien wahrscheinlich Gehirnabnormitäten zu bezichtigen. Hirschfeld beschließt das Buch mit einem Jahresbericht 1906/08. Näcke.

— H. Albert, Medizinisches Literatur- und Schriftsteller-Vademekum 1907/08. Verlag von Franke & Scheibe, Hamburg. 637 S.

Mit der Herausgabe dieses Lexikons ist eine überaus glückliche Idee verwirklicht. Wer sich über die schriftstellerische und wissenschaftliche Tätigkeit eines zeitgenössischen Kollegen unterrichten will, dem wird es in diesem Werke sehr bequem gemacht. Die medizinischen Autoren der Gegenwart (man vermißt nur wenige) sind alphabetisch geordnet und die von ihnen veröffentlichten Zeitschriften, Artikel oder selbständigen Werke mit Ort und Zeit des Erscheinens aufgeführt. Auch sind den Autornamen kurze biographische Daten (Geburt, Approbation usw.) beigefügt. — Den Anhang bildet ein Verzeichnis der Universitäten mit medizinischen Fakultäten, der Institute und gelehrten Gesellschaften usw. für Medizin, der medizinischen Bibliotheken (zum Teil mit Angabe der Zahl der Werke), der medizinischen Zeitschriften, Jahresberichte usw., und der medizinischen Buchhandlungen. — Das Lexikon kann wärmstens empfohlen werden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 29. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Assistenzarztstelle

an der **Ostpreußischen Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt Kortau, b. Allenstein** ist sofort zu besetzen.

Einkommen 1800 M. bis 2400 M. steigend von 2 zu 2 Jahren um je 200 M. jährlich neben vollständig freier Station I. Klasse im Jahreswerte von 820 M.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnissen an die Anstaltsdirektion erbeten.

An meiner **Nervenheilanstalt** ist zum 1. Januar eine Stelle für einen

Arzt

mit mehrjähriger psychiatrischer Erfahrung zu besetzen. Anfangsgehalt 3000 bis 3600 M. jährlich bei freier Station, ev. **Familienwohnung.**

Der Bewerbung bitte ich Lebenslauf, Zeugnisse und Photographie beizulegen.

Dr. Kahlbaum, Görlitz.

An der **Heilanstalt Dösen** (Leipzig) ist eine **Assistenzarztstelle** zu besetzen. Gehalt im 1. Jahre 1800 M., dann 2100 M., bei freier Station. Bewerber werden gebeten, ihr Gesuch unter Beifügung des Approbationsscheins, etwaiger Zeugnisse und eines kurzen Lebenslaufes mit Angabe des Religionsbekenntnisses an den unterzeichneten Anstaltsdirektor zu schicken.

Obermedizinalrat Dr. **Lehmann.**

Heil- und Pflegeanstalt Waldbroel (Rheinl.).

Die Stelle des

Assistenzarztes

ist sofort zu besetzen. Anfangsgehalt 2000 M., bei freier Wohnung, Beköstigung in der I. Tischklasse, Heizung, Beleuchtung, Arznei und Wäsche. Psychiatrische Vorbildung ist erwünscht, jedoch nicht unbedingt erforderlich. Bewerbungen unter Beifügung von Lebenslauf und Zeugnissen umgehend erbeten an die Direktion.

An der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Grafenberg bei Düsseldorf ist zum 15. Dezember d. Js. oder früher die Stelle eines

Assistenzarztes

Anfangsgehalt 1800 M. nebst freier Station sowie die Stelle eines

Volontärarztes

1200 M. Remuneration nebst freier Station zu besetzen Meldungen werden erbeten an **die Direktion.**

Dormiol

Billiges, prompt wirkendes **Schlafmittel** in Dosen von 0,5 — 3,0 gr. Gut bekömmlich, **keine Nebenwirkungen** beobachtet. Dem **Chloralhydrat** an **Wirkung gleich ohne dessen Nachteile.**

Dormiol-Kapseln zu 0,5 gr.

Crurin	**Bismutose**	**Orexin**
Streupulver. Antisepticum und Adstringens zum äusserl. Gebrauch.	bewährtes Adstringens und Protectivum.	echtes Stomachicum **Orexin-Tabletten** und **Orexin-Chocol.-Tabletten.**

Literatur durch: **Kalle & Co. A.-G., Biebrich a. Rh.**

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke. 522

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Dr. Warda, früher I. Assistenzarzt von Herrn Geheimrat Professor Dr. Binswanger in Jena, empfiehlt seine Heilanstalt für Nervenkranke

Villa Emilia

zu **Blankenburg** im Schwarzatal (Thüringen). Die Anstalt durch einen schönen und zweckmäßigen Neubau vergrößert und das ganze Jahr geöffnet.

Antithyreoidin-Möbius

(Thyreoid-Serum)

In zahlreichen Fällen bewährtes Mittel gegen

Morbus Basedowii,

bewirkt baldigen Rückgang der Struma, des Exophthalmus und der Tachykardie, sowie Nachlassen des Tremors, der Schweiße und der nervösen Symptome.

Antithyreoidin

wird durchweg **sehr gut vertragen und ruft meist deutliche Hebung** des Allgemeinbefindens hervor.

Originalflaschen à 10 ccm.

Literatur steht zu Diensten!

E. MERCK-DARMSTADT.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 29. 10. Oktober **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

(Aus der psychiatrischen Klinik in Basel. Direktor Professor Wolff.)

Über ein „Schutzbett" für erregte Geisteskranke.

Von *F. K. Walter*, Assistenzarzt.

Zweifellos ist die Behandlung der motorisch erregten Geisteskranken eine der schwierigsten Aufgaben des Psychiaters. So große Fortschritte auch in den letzten Jahrzehnten auf diesem Gebiete gemacht sind, so muß doch gesagt werden, daß dies Problem durchaus noch nicht völlig gelöst ist.

Die Schwierigkeit liegt ohne weiteres auf der Hand. Ein Mensch, der durch Zuspruch nicht zu beeinflussen ist, soll in seinem Bewegungsdrang gehemmt werden und zwar möglichst ohne Anwendung von Zwang.

Hätten die chemischen Mittel nicht die üblen Nachwirkungen, so wäre damit die ganze Frage in dealer Weise gelöst, denn außer der eventuellen wangsweisen Applikation des Medikamentes fällt hier eder Zwang fort. Die „chemische Zwangsjacke" ist las gerade Gegenteil einer Zwangsjacke.

Überhaupt scheint bei dem Kampf um die Zwangsnittel der Begriff Zwang nicht immer richtig gefaßt u sein und infolge davon zum Teil zu einer ungeechten Beurteilung und zu schroffen Abweisung aller nechanischen Mittel geführt zu haben.

Offenbar handelt es sich um die Frage, ob ein emmendes Mittel vom Kranken als Zwangsmittel npfunden wird, ob dasselbe die vom Kranken geollte Bewegung nur mechanisch unterdrückt, oder › es den Kranken veranlaßt, von sich aus auf die ewegung zu verzichten. Nur im ersten Fall handelt sich um ein mechanisches Zwangsmittel, im zweiten gegen um ein psychisches Beruhigungsmittel. Zur eurteilung der Zulässigkeit eines mechanischen Behränkungsmittels kommt also in erster Linie in Beicht, wie der Kranke darauf reagiert, und nur die ıßerachtlassung dieses Verhältnisses kann dazu hren, fälschlicherweise jedes mechanische Beschränngsmittel als „Zwangsmittel" von vornherein zu perrreszieren.

So verschieden nun aber die Individuen sind, so verschieden reagieren sie auch auf die angewandten Mittel, und was für den einen ein Zwangsmittel ist, wirkt auf den anderen beruhigend.

Damit ist jedoch die Möglichkeit, über ein „Zwangsmittel" und seine Brauchbarkeit zu streiten, sehr eingeschränkt. Jedenfalls kann es sich bei einer derartigen Kontroverse nur darum handeln, festzustellen, in welcher Weise die Kranken auf ein solches Mittel reagieren, um danach den allgemeinen Wert desselben zu beurteilen. Dazu ist aber immer die Erfahrung nötig. Ich glaube, bei genügender Berücksichtigung dieses Sachverhaltes wäre mancher Streit vermieden worden, könnte auch für die Zukunft vermieden werden und würde vor allem die Verurteilung aller mechanischen Mittel bei Aufgeregten keine so schroffe sein.

Ich kann mir nicht versagen, hier einige Sätze aus Benedikts „Tagesfragen" (1901) anzuführen, die er im Hinblick auf die vermehrte Anwendung von Narkotizis schrieb: „Als Griesinger von Zürich nach Berlin berufen wurde, hielt er sich einige Zeit in Wien auf, um sich bei mir über Elektrotherapie zu orientieren. Wir besprachen damals alle Fragen der Nerven- und Seelenkrankheiten und unter anderm das Norestraint. Ich bemerkte Griesinger gegenüber, daß ich in Übereinstimmung mit Schröder van der Kolk die völlige Verwerfung der Zwangsjacke nicht billige, weil sie oft ein wichtiges Beruhigungsmittel sei. In der Medizin müssen aber Irrtümer und Mißbräuche durch Überspanntheit bekämpft werden. Ich gelobte ihm also, mindestens durch 15 Jahre der Norestraint-Bewegung nicht entgegenzutreten, und ich habe mein Versprechen bis 1885 gehalten, wo ich zuerst in Antwerpen auf einem phreniatrischen Kongresse für die Zwangsjacke sprach,

die freilich heute durch die Bettruhe zum großen Teile überflüssig ist."

Daß diese zitierten Worte die Einleitung zu einem Loblied auf die Zwangsjacke sein sollen, wird niemand heute mehr fürchten. Aber vielleicht können sie doch dazu dienen, erneut das Augenmerk auf die mechanischen Mittel zu richten. Gewiß werden die meisten dagegen einwenden, daß diese außer durch die Bettbehandlung jetzt durch das Dauerbad und die feuchte Wickel ganz überflüssig geworden sind. Aber man braucht nur die Literatur der letzten 15 Jahre durchzusehen, um sich von dem Gegenteil zu überzeugen. Auch die eifrigsten Anhänger dieser Therapie müssen zugeben, daß die Isolierzelle trotz ihres allgemein anerkannten schädlichen Einflusses auf den Patienten als ultima ratio nicht zu entbehren ist. Wenn die Münchener Klinik im letzten Jahr ohne dieselbe ausgekommen ist, sogar mit Einschränkung der Hypnotika, so ist das für die große Mehrzahl aller Anstalten nicht maßgebend, da ein so zahlreiches und wohl auch gut ausgebildetes Wartpersonal (1:2) und so umfangreiche Dauerbadeeinrichtungen eben nur selten vorhanden sind. Übrigens sagt Kraepelin selbst, daß er bei einem ausgesprochen gemeingefährlichen Patienten nicht zögern würde, denselben zu isolieren.

Es gilt also noch Mittel und Wege zu finden, de Isolierzelle und die Narkotika auch für die weniger günstig gestellten Anstalten wenn nicht entbehrlich zu machen, so doch wenigstens einzuschränken.

Im folgenden soll nun ein „Schutzbett", welches nach Angaben von Herrn Prof. Wolff hergestellt ist, beschrieben und über die damit in der hiesigen Klinik gemachten Erfahrungen berichtet werden, da wir glauben, daß dasselbe einen wesentlichen Nutzen in der Behandlung erregter Geisteskranker gewähren kann.

Bei der für diese Veröffentlichung vorgenommenen Literaturdurchsicht stellte sich heraus, daß unser Schutzbett auch schon Vorgänger hat. Die ersten Bemerkungen über verschlußfähige Betten finden sich unseres Wissens im IV. Band, Jahrgang 1847 der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie.

Hier wird:

1. von einer durch Aubanel in der Irrenanstalt von Marseille eingeführten Bettstelle berichtet, die mit einem „Deckel in der Form eines Vogelnetzes (wahrscheinlich von Drahtgeflecht) versehen" ist und „verhindert, daß die Kranken das Bett verlassen", und
2. von einem „Schutzbett für Tobsüchtige, Blödsinnige, Epileptische und Nachtwandler" von Dr. Schütz in Leipzig, das aus einem „viereckigen hohen Lattenwerk" besteht, dessen Rahmenfelder mit Gurtwerk überspannt sind.

Ein offenbar dem Aubanelschen ganz ähnliches Bett wird dann noch in Band 11, Jahrgang 1851 derselben Zeitschrift von Wood beschrieben und abgebildet. Es handelt sich hier ebenfalls um eine mit einem Bandnetzdeckel versehene Bettstelle. In der neuen Literatur findet sich in einem Aufsatz von Dobrschansky aus der Wiener psychiatrischen Universitätsklinik über das Malonal (Wiener Presse Nr. 42) ein „Gitterbett" erwähnt. Herr Professor Wolff, der den Autor um Mitteilung der Konstruktion des Bettes und der damit gemachten Erfahrungen bat, um sie mit denen der hiesigen Klinik vergleichen zu können, erhielt die Nachricht, daß das „Gitterbett" seit Beginn der achtziger Jahre in viele österreichische Anstalten mit gutem Erfolg Eingang gefunden habe und aus einem Eisenbett bestehe, auf dem ein (anscheinend mannshoher) viereckiger Rahmen angebracht sei, dessen Wände durch Netze gebildet würden.

In dem Lehrbuch der Psychiatrie von Krafft-Ebing (7. Aufl.) ist einmal in einer Krankengeschichte vermerkt, daß Patient „stets Nachts über im Gitterbett" sei, ohne daß im allgemeinen therapeutischen Teil dasselbe näher beschrieben wäre.

Wie die folgenden Figuren erkennen lassen, zeigt das von Prof. Wolff angegebene Bett eine wesentlich andere Konstruktion als seine Vorgänger. Das ganze Bett besteht aus einem Eisengestell, das von innen mit einem Drahtgeflecht überzogen ist, so daß der Patient mit den Eisenstangen nicht in Berührung kommen kann. Die Bettstelle selbst ist nach Art eines Kastenbettes gebaut, dessen Seitenwände 0,50 m, Kopf- und Fußwand 1,20 m hoch sind. An den Seitenwänden ist nun je eine sich um die Achse a—d (Fig. 1) drehbare Türe angebracht, mit denen es möglich ist, das Bett nach Wunsch zu öffnen und zu schließen. Fig. 1 zeigt dasselbe geschlossen. Wie man sieht, bilden die Türen hier ein Giebeldach. Die Höhe (b—c) des Innenraums beträgt in dieser Stellung 1 m, gestattet also dem Patienten, aufrecht im Bett zu sitzen, dagegen nicht zu stehen. In Fig. 2 sind die Türen senkrecht gestellt, so daß nun das Bett von allen Seiten mit 1,20 m hohen Wänden versehen ist. Bei einer Stellung, wie sie Fig. 3 veranschaulicht, bleibt oben ein Spalt von 8 cm Breite. Und schließlich können die Türen ganz seitwärts herabgeschlagen werden. Wir haben dann ein einfaches Kastenbett vor uns, dessen Wände aus Drahtgeflecht bestehen. (Fig. 4.) Daß jede Türe für sich, ganz unabhängig von der

andern, benutzt werden kann, ist selbstverständlich, aber wichtig für den Fall, daß sehr aufgeregte Kranke in das Bett gelegt werden. Denn dabei ist es natürlich von dem größten Vorteil, die eine Türe von vornherein völlig zu schließen, weil dem Patienten dadurch das Aufspringen für den Augenblick, wo er ›sgelassen und die zweite Türe geschlossen wird, ·esentlich erschwert ist. Das Einklemmen der Hände t verhindert durch die früher geschilderte Möglich-eit, oben zeitweise oder dauernd einen Spalt zu lassen. (Fig. 3.) Bemerkt sei noch, daß der Pat. natürlich nicht selbständig das Bett öffnen kann.

Es ist ohne weiteres klar, welche großen Vorteile dies Schutzbett vor den andern bis jetzt angewandten mechanischen Mitteln hat. Zweifellos stellt es ein Mittelding zwischen Isolierzelle und Zwangsjacke resp. andern die direkte Bewegungsfreiheit hemmenden Mitteln dar und vermeidet dabei die Nachteile beider.

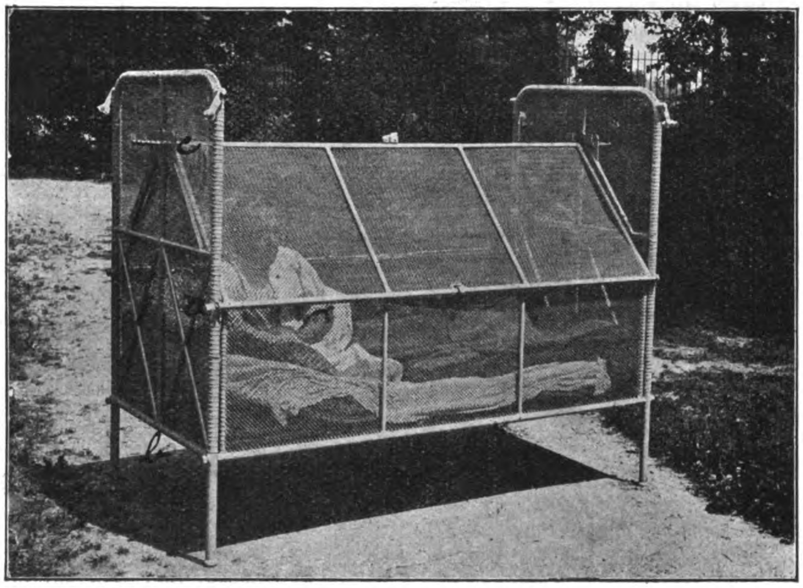


Fig. 1.

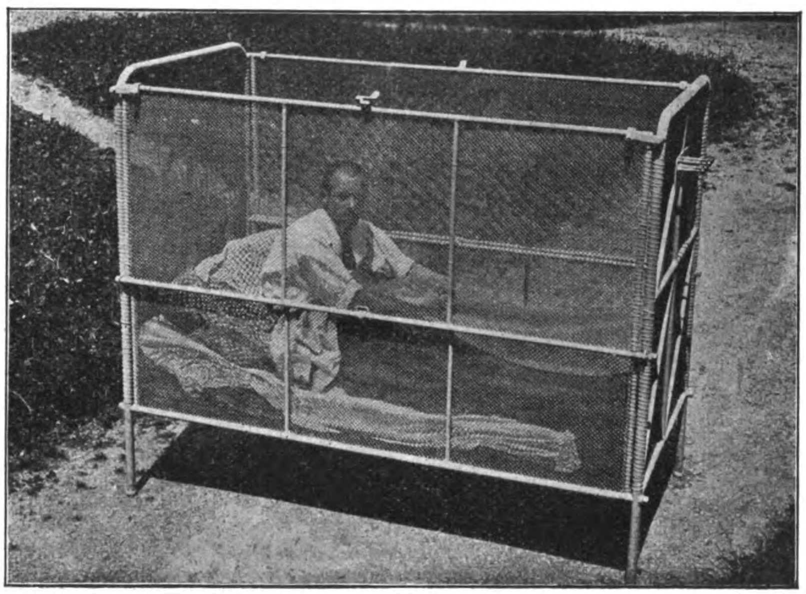


Fig. 2

Um zuerst den Vergleich mit der Isolierzelle aus-

zuführen, so sind die Vorteile gegenüber dieser so außerordentliche und in die Augen springende, daß es nur nötig ist, auf sie hinzuweisen. Der Patient bleibt im Bett, unter fortwährender Aufsicht im Wachsaal wie jeder andere und dadurch in der menschlichen Gemeinschaft. Damit ist eigentlich alles gesagt; denn die deletäre Wirkung der Isolierung mit ihren Folgen wie Beschleunigung der Verblödung, Förderung der Unreinlichkeit, ebenso wie die Gefahr

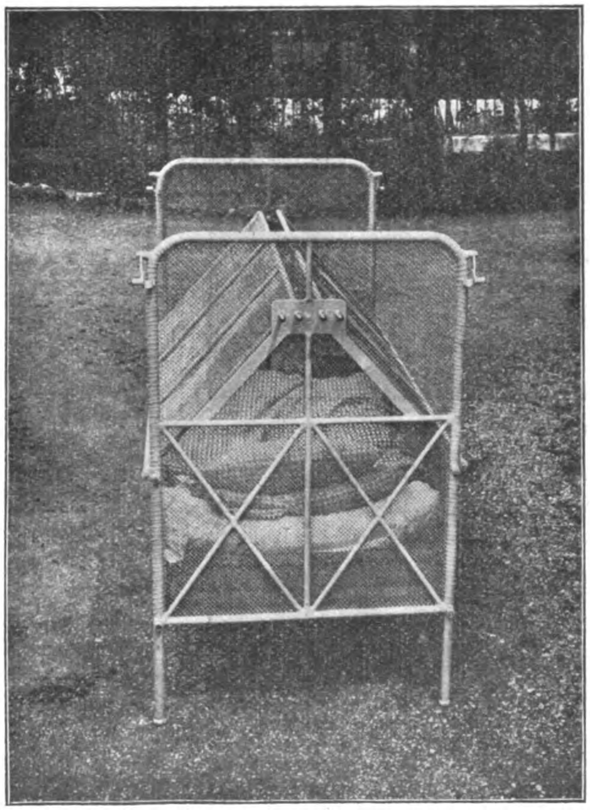


Fig. 3.

des Selbstmordes und des Angegriffenwerdens beim Eintreten in die Zelle fallen hier fort. Wir können also a priori sagen, daß das Schutzbett überall dort anzuwenden ist, wo man ohne dasselbe isolieren würde. Hier kommen nun vor allem die gemeingefährlichen Patienten in Betracht, deren Isolierung auch heute noch von allen als notwendig anerkannt wird. Aber ebenso wie die „verbrecherischen Irren" auch die „irren Verbrecher", mag man auf dem Standpunkt stehen, daß Sonderanstalten für solche das Gegebene sind, oder nicht. Vorläufig haben wir jedenfalls noch auf längere Zeit mit der Notwendigkeit zu rechnen, sie in den Irrenanstalten unterzubringen.

Was heutzutage sonst noch an Kranken isoliert wird, läßt sich ja meist, wenn auch oft nur mit sehr großer Mühe, wenn Einrichtung und Personal gegeben sind, ohne dies Mittel behandeln. Trotzdem gibt es aber noch eine große Anzahl von Anstalten, die z. B. Deliranten oder andere Agitierte, eben aus Mangel an den nötigen Hilfsmitteln, isolieren oder aber sehr große Dosen von Hypnotika geben müssen.

Gegenüber den die direkte Bewegungsfreiheit beeinträchtigenden Zwangsmitteln gewährt das Schutzbett dem Patienten den willkürlichen Gebrauch der Glieder, soweit es ihm in seinem eigenen Interesse gestattet werden kann; denn unmöglich ist ihm nur das Gehen und Stehen, beides Funktionen, deren Ausübung man schon in therapeutischer Hinsicht bei erregten Kranken gerne verhindert. Wir denken hier nicht sowohl an die alte Zwangsjacke als vielmehr an die feuchte Wickelung, das Deckelbad und das Festgehaltenwerden der Patienten durch das Wartpersonal; denn es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die Einschränkung der Beweglichkeit der Glieder als solche eine Reaktion des Patienten im Sinne verstärkter Muskelanspannung bedingt. Natürlich soll nicht geleugnet werden, daß alle diese Mittel in einer Reihe von Fällen Ausgezeichnetes leisten. Aber man findet doch z. B. nicht so ganz selten Patienten, die später eine bei ihnen angewandte feuchte Wickelung zu ihren unangenehmsten Anstaltserinnerungen zählen Es klingt doch fast wie Ironie, wenn ein so begeisterter Anhänger des Norestraint wie Wattenberg zuerst gegen die Zwangsjacke eifert, um dann die hydropathische Einwickelung als Ideal hinzustellen, und bei der Beschreibung ihrer Anwendung wörtlich sagt: „Läßt die Unruhe aber nicht nach, sucht er sich aus der Einwicklung zu befreien, so setzt sich die Wache neben ihm ans Bett, eventuell noch eine zweite auf die andere Seite, und legt nur die Hand auf seine Hand, die sich ja mit unter der Einwickelung befindet", und weiter unten: „Gewöhnlich ist es nur die erstmalige Wickelung, die etwas Schwierigkeiten bereitet, es dürfte sich daher empfehlen, nicht erst den Versuch zu machen, durch einen oder zwei Wärter dieselbe vornehmen zu lassen, sondern wenigstens drei zur Hand zu haben, damit der Kranke auch gleich sieht, daß es einem Ernst ist."

Nun gibt es freilich Patienten, bei denen eine vollkommene Bewegungsbeschränkung der Glieder nötig wird, weil sie sich selbst durch Beißen, Haarausraufen usw. zu verletzen suchen. Bei solchen wird man natürlich auch bei heftigstem Sträuben derartige Mittel anwenden müssen, bis man sie genügend narkotisiert hat. Aber in diesen Fällen ist eben das Mittel das beste, welches am besten zum Ziele führt,

mag es nun eine trockene oder feuchte „Zwangsjacke“ sein.

Damit ist aber die Reihe der Patienten, die sich für Schutzbettbehandlung eignen, noch nicht zu Ende, vielmehr gibt es in jeder Anstalt, vor allem aber in den Pflegeanstalten, noch eine große Anzahl von Kranken, bei denen das Schutzbett eine ganz außerordentliche Hilfe und Erleichterung schafft, nämlich diejenigen, die, ohne gemeingefährlich oder im eigentlichen Sinne motorisch erregt zu sein, „nicht im Bett bleiben“, wie Katatoniker mit negativistischen Bestrebungen, senil Demente, Patienten in Dämmerzuständen usw. Bei diesen wird es oft nicht nötig

Während der zwei Jahre, wo das Schutzbett in hiesiger Klinik im Gebrauch ist (zuerst hatte Herr Prof. Wolff nur zwei anfertigen lassen, jetzt haben wir seit etwa $^1/_2$ Jahr acht Schutzbetten), hat es bei 72 Patienten Anwendung gefunden und zwar bei 30 männlichen und 42 weiblichen (bei einem durchschnittlichen Bestand von 290 Kranken). Die Zahl der Einzelanwendungen ist natürlich weit größer, da die Patienten, sobald sie ruhig geworden sind, wieder in ein gewöhnliches Bett gebracht werden, um beim nächsten Erregungszustand zurückgelegt zu werden. Was die Krankheitsformen anbetrifft, so verteilen sich die Patienten folgendermaßen.

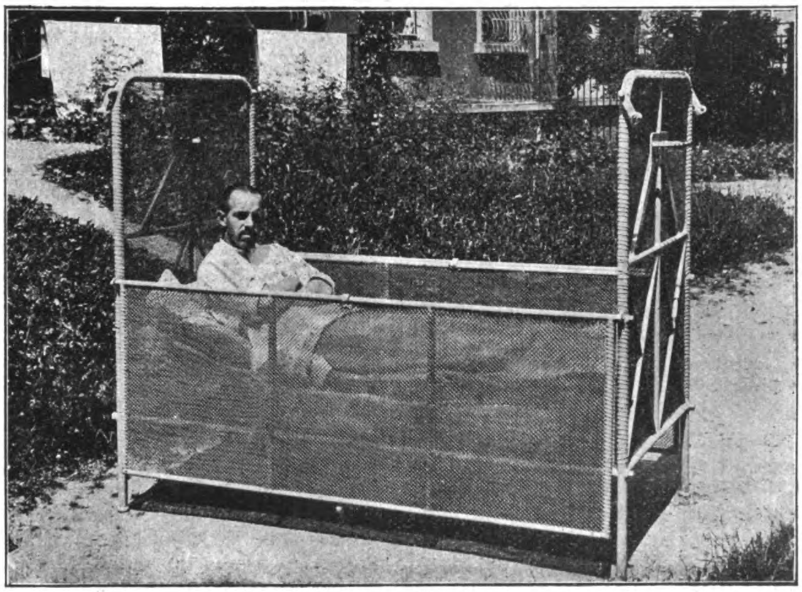


Fig. 4.

sein, das Bett völlig zu schließen, vielmehr in den meisten Fällen genügen, die Türen senkrecht zu stellen (s. Fig. 2), wenn den Patienten dies angenehm ist.

Das sind im wesentlichen die Kranken, für die theoretisch eine Schutzbettbehandlung geeignet erscheint. Gemäß dem oben Gesagten wollen wir nur unsere praktischen Erfahrungen mitteilen, weil diese erst ein maßgebendes Urteil über den Wert des Bettes abzugeben erlauben.

Im allgemeinen können wir sagen, daß die diesbezüglichen Erwartungen nicht nur nicht getäuscht sind, sondern daß sich in praxi noch eine andere Indikation für das Schutzbett ergeben hat. Es hat sich nämlich gezeigt, daß dasselbe auch auf eine Reihe von ängstlichen Patienten (besonders infolge von Halluzinationen) beruhigend wirkt, weil sie sich in demselben geschützt fühlen.

Dementia praecox	36	(10	männliche,	26	weibliche)
Manie	6	5	„	1	„
Melancholie	3	—	„	3	„
Paralyse	7	5	„	2	„
Senile Demenz	6	2	„	4	„
Alkoholismus	5	4	„ Deliranten	1	„ Korsakow
Epilepsie	6	4	„	2	„
Hysterie	3	3	„	3	„

Zur Beurteilung, wie das Schutzbett auf die Patienten wirkt, können wir am besten drei Gruppen von Kranken unterscheiden, nämlich:

1. solche, die sich aus dem Schutzbett zu befreien suchen, weil sie es als Fessel empfinden;

2. solche, die im Schutzbett zwar noch unruhig sind (nur daß sie gezwungen sind im Bett zu bleiben), die aber in keiner Weise versuchen herauszukommen

und überhaupt auf das Schutzbett als solches nicht reagieren, und

3. diejenigen Patienten, auf die das Schutzbett eine direkt beruhigende Wirkung ausübt.

Für die erste Gruppe kann ich nur drei Patienten anführen, von denen der eine wegen seiner Eigenart eigentlich nicht einmal hierher gerechnet werden darf. In zwei Fällen handelt es sich um Manische, in einem um einen Deliranten.

Für den ersten gebe ich den betreffenden Abschnitt der Krankengeschichte wieder:

Feldarbeiter St. Manisch-depressives Irresein. III. Aufnahme.

21. VII. 07. Hochgradige manische Erregung. Muß auf die unruhige Abteilung gebracht werden, nachdem er aggressiv geworden ist.

22. Juli. Muß isoliert werden. Geht in der Zelle auf und ab und schreit laut nach Art der Tambours: „En avant.“ Will Kanonen auffahren lassen. Muß Nachts Hyoszin-Morphium-Injektion bekommen. Schlaf dauert acht Stunden.

23. Juli. Wieder den ganzen Tag in hochgradiger Erregung. Schreit, droht, dabei rhythmisch „en avant“ brüllend. Dauerbad hat keine beruhigende Wirkung gehabt.

24. Juli. War trotz Malonalzäpfchen 1,5 die ganze Nacht außerordentlich laut. Auch heute hat er den ganzen Tag geschrien, so daß er jetzt ganz heiser ist. Hat die Zelle demoliert. Nachmittag im Schutzbett. Ist darin verhältnismäßig ruhig; versucht nicht herauszukommen oder das Gitter zu beschädigen. Heute Abend fängt er an zu weinen, hat nichts zu Nacht gegessen, er sei es nicht wert. Ist stark deprimiert.

27. Juli. Nur mit Hyoszin-Morphium zu beruhigen und nur acht Stunden lang. Wieder ausgesprochen manisch.

29. Juli. Nächte etwas ruhiger. Schläft mit Trional- oder Malonalzäpfchen.

1. August. Die manische Erregung besteht noch, scheint aber ein wenig geringer werden zu wollen.

4. August. Heute hochgradige Tobsucht. Hat sich aus dem Schutzbett befreit, indem er die Verbindungsstäbe am oberen Verschluß verbogen hat. Schreit, singt, ist aggressiv. Wird in einer Zelle mit Bodenbett isoliert. Ist nur durch Narkotika einigermaßen zu beruhigen. (Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Berlin** vom 24. und 25. April. (Fortsetzung aus Nr. 26.)

Nießl v. Mayendorf-Leipzig: Die physiologische Bedeutung der Hörwindung. Die Hirnrinde produziert Vorstellungen. Die Zuweisung von Vorstellungen eines bestimmten Sinngebietes an eine einzige Windung ist nach Analogie der vorderen Zentralwindung denkbar. Broca nahm nur den hinteren Abschnitt der III. Stirnwindung für die Bewegungsvorstellungen der Sprache in Anspruch, nur das Papageiengehirn mit seinem mächtig angelegten, aber ungefurchten Schläfenlappen beweist, daß in einer einzigen Windung die akustische Wahrnehmung von Worten und deren Wiederbelebung möglich sei. Wernicke hat als erster in dem hinteren Teil der linken ersten Temporalwindung die corticale Stätte der Wortklangbilder vermutet. Die daraufhin sich sammelnde Kasuistik bestätigte seine Annahme, wie dies die Statistiken Sepillis, Allen Storrs, Naunyns, Miraillies sprechend dartun.

Ungeachtet dessen glaubten sich Forscher wie Broadbent, Molls, Campbell in England, Quensel und Pick in Deutschland berechtigt, andere Rindengebiete mit der akustischen Wortererinnerung in Beziehung zu bringen. Während die ersteren die linke dritte Temporalwindung für den Herd der Wortklangbilder erklärten, faßten die letzteren die Rinde des linken Angularis ins Auge. Die dritte Schläfewindung kann aber nicht in Betracht kommen, da sich in den betreffenden Fällen keine Worttaubheit fand und die Fähigkeit erhalten geblieben war, beim Vorsagen des richtigen Namens eines zu bezeichnenden Gegenstandes den zutreffenden von dem falschen zu unterscheiden. Gegen die Lokalisation der Wortklangbilder in die Rinde der linken Gyrus angularis spricht der Verlust derselben bei Unversehrtheit dieser Windung und anderweitiger Großhirnläsion. 2. Die Abwesenheit von Worttaubheit und anamnestischer Aphasie bei reiner Angulariserkrankung (siehe Monakow, Wigand, Henschen). 3. Die typische, durch die Verhältnisse der Blutversorgung bedingte, im Marklager der ersten und zweiten Schläfenwindung sich ausbreitende Malacie, welche im G. angularis an die Oberfläche dringt. Für die linke erste Temporalwindung fallen im positiven Sinne ins Gewicht 1. das Erscheinen der Worttaubheit mit sensorischer Aphasie, 2. das Zurückbleiben einer anamnestischen Aphasie nach konstituierter Worttaubheit durch vikariierendes Eintreten der rechten Hemisphäre, 3. der Mangel, beim Vorsprechen des fehlenden Namens einer Person oder eines Gegenstandes den richtigen als solchen zu agnoszieren, 4. die Angabe der meisten hier in Betracht kommenden Kranken, daß dieselben keine Worte hören, die sie nicht verstehen können, sondern nur Geräusche hören.

Vortr. demonstriert nun an einer Hirnskizze, in welcher die Läsionsbezirke mit zweistelligen Zahlen eingetragen sind, daß auch die erste Schläfenwindung, allerdings beiderseits auch für andere Gehörswahrnehmungen und Gehörserinnerungen als für die Wortklangbilder von ausschlaggebender Bedeutung sei.

Die klinisch-anatomische Methode bestimmt nur die Gegend in grobem. Die feinere Umgrenzung ist der Anatomie und Histologie vorbehalten. Erkrankungen der vorderen Hälfte der ersten Temporalwindung mit sensorischer Aphasie lassen die ausschließlichen Chancen für den hintersten Teil fragwürdig erscheinen. Das vordere und mittlere Stück — das vorderste ist funktionell wieder abzutrennen — entspringt aus der vorderen Querwindung und stellt einen einzigen Windungszug dar. Derselbe besitzt eine besondere Rindenstruktur, indem die kleinen und mittelgroßen Pyramiden der zweiten und dritten Schicht hinter einer Aussaat kleiner runder oder polygonaler Zellen verschwinden und gewaltige verschieden gestaltete Solitärzellen in der Gegend der dritten Schicht auftauchen, um sich weiter pial- oder markwärts einzeln zu verirren. Ein außerordentlicher intrakortikaler, endogener Markfaserreichtum entspricht dem Reichtum der Rindenkörper und legt einen Assoziationsmechanismus vor Augen, als dessen Leistung die Zusammenfassung unbewußter Empfindungen zu bewußten Vorstellungen begreiflich wird.

3. Sitzung. Sonnabend, den 25. April vorm. 9 Uhr.

Geschäftliches. Herr Moeli verliest ein Begrüßungstelegramm der Gesellschaft für experimentelle Psychologie zu Frankfurt a. M., sowie Grüße von Sommer-Gießen und von Stoltenhoff-Allenstein.

Hierauf erstattet Siemens-Lauenburg Kassenbericht. Für die Heinrich-Laehr-Stiftung wird ein einmaliger Beitrag von 1000 M. bewilligt. Dann folgt der Bericht über die Laehrstiftung von Herrn Hans Laehr, deren Vermögen auf 114000 M. gewachsen ist, so daß jetzt nach § 4 der Stiftungsurkunde die Zinsen des Kapitals verwendet werden können, und der Bericht der Standeskommission durch Herrn Siemens (siehe diese Zeitschrift, 9. Jahrgang, S. 77, 82 u. ff., S. 393 u. ff.).

Nach Diskussionsbemerkung von Ganser, der es für ganz exzeptionell und aussichtslos hält, daß eine Verwaltung beim freiwilligen Ausscheiden eines Anstaltsarztes ihm nach zehn Jahren eine Abfindungssumme gibt, von Cramer und Siemens erfolgt Verlesung der Satzungen. Herr Alt schlägt vor, weitere Diskussionen zu vermeiden und die Satzungen en bloc anzunehmen. Die Vorschläge der Kommission wurden hierauf mit allen Stimmen angenommen, ebenso der Antrag des Herrn Siemens, daß die Kommission weiter bestehen soll. Herr Moeli dankte der Kommission.

Die Thesen über die Gehalts- und Dienstverhältnisse der Ärzte an den öffentlichen Irrenanstalten haben nun folgende definitive Fassung:

I. Anstellungs- und Gehaltsverhältnisse.

a) Die Assistenzärzte sollen mit 1800 M. Anfangsgehalt, jährlich um 200 M. steigend, und freier Station angestellt werden. Eine frühere Dienstzeit an Kliniken, anderen Anstalten und Krankenhäusern ist anzurechnen.

b) Nach drei Dienstjahren sind die Assistenzärzte, sofern sie sich zum Anstaltsdienst eignen, lebenslänglich anzustellen mit Pensionsrechten für sich und ihre Hinterbliebenen, mit Unfallentschädigung nach Analogie der preußischen Staatsbeamten, mit einem Mindestgehalt von 3600 M., steigend nach drei Jahren auf 4200 M., alsdann dreijährlich um je 500 M. bis auf 7200 M. Höchstgehalt, ferner mit freier Familienwohnung, Beheizung, Beleuchtung, Gartenbenutzung, freier ärztlicher Behandlung und Arznei für sich und ihre Familienmitglieder. Sollten für Heizung und Beleuchtung Abzüge gemacht werden, so ist das Anfangsgehalt entsprechend höher festzusetzen.

Bei Neuregulierung der Gehälter sind alle Ärzte in die ihrem Dienstalter entsprechende Gehaltsstufe einzureihen.

Assistenzärzten, welche sich zum Anstaltsdienst nicht eignen, soll möglichst frühzeitig eröffnet werden, daß sie auf eine definitive Anstellung nicht rechnen können.

c) Die lebenslängliche Anstellung nach dreijähriger Assistentenzeit soll im allgemeinen als Oberarzt angestrebt werden; im Hinblick auf die bestehenden regionären Verhältnisse und zutage getretenen Meinungsverschiedenheiten mag jedoch die Zwischenstufe des Anstaltsarztes (ordentlicher Arzt, Abteilungsarzt) mit den unter b aufgeführten Gehalts- und Nebenbezügen belassen werden: dem Anstaltsarzt muß aber nach einer bestimmten Dienstzeit das Aufrücken in eine Oberarztstelle garantiert werden. Das Anfangsgehalt des Oberarztes ist in jenen Anstalten mit der Zwischenstufe der „ordentlichen Ärzte" oder „Anstaltsärzte" entsprechend höher als 3600 Mark zu normieren.

Die besonderen Verhältnisse der Großstadtanstalten mit hoher Aufnahmeziffer erfordern bezüglich der Bemessung der Gehälter der Oberärzte besondere Berücksichtigung.

d) Das Gehalt des Direktors soll an Anstalten bis zu 700 Kranken mindestens 6000 bis 9000 M., in den großen Anstalten 9000 bis 12000 M., nebst den freien Nebenbezügen nach b, betragen und in dreijährigen Zeiträumen um je 500 bis 600 M. vom Anfangs- zum Höchstgehalt steigen.

e) Es ist wünschenswert, daß den verheirateten Ärzten in entlegenen Anstalten Erziehungszuschüsse zur Kindererziehung bewilligt werden.

f) Um den Übergang in die freie Praxis den danach begehrenden Anstaltsärzten zu ermöglichen, könnte ihnen beim Austritt aus dem Anstaltsdienst anstatt der Pensionsansprüche eine Abfindungssumme zugewährt werden, etwa nach fünfjähriger Dienstzeit 5000, nach zehnjähriger 10000 M.

II. Organisation des ärztlichen Dienstes.

In Anstalten mit einer Aufnahmeziffer bis 25% des Durchschnittsbestandes soll für je 100 Kranke eine Arztstelle exkl. Direktor vorhanden sein, in Anstalten mit höherer Aufnahmeziffer entsprechend mehr Arztstellen.

Die Kommandierung von Militärärzten zu öffentlichen Anstalten ist anzustreben.

Den definitiv angestellten Ärzten soll bei der Krankenbehandlung möglichste Selbständigkeit eingeräumt werden und gewahrt bleiben.

An der Gutachtertätigkeit sollen alle Ärzte teilnehmen und auch Gelegenheit erhalten, Gutachten vor Gericht zu vertreten. Jedem Arzt soll die seine Abteilung oder seine Kranken betreffende eingehende Korrespondenz zugänglich gemacht werden. Wichtigere Verwaltungs- und allgemeine Angelegenheiten sollen möglichst in der ärztlichen Konferenz in Gegenwart aller Ärzte behandelt und erledigt werden.

III. Besondere medizinische Ausbildung, wissenschaftliche Fortbildung, geistige Anregung und Erholung.

Außer in der Psychiatrie soll, wo es erforderlich ist, möglichst jeder Oberarzt und ältere Anstaltsarzt in einem Spezialfach der Medizin besonders ausgebildet sein (innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie usw.). Diese spezialistische Ausbildung ist nur dann als vollendet zu betrachten, wenn sie mindestens 1 bis 2 Jahre gedauert hat. Sofern sie nicht vor dem Eintritt in den Anstaltsdienst erlangt wurde, ist es Sache der zuständigen Landes-, Provinzial-, Kreis- oder Kommunalbehörden, die Kosten einer solchen spezialistischen Ausbildung zu tragen.

In jeder Anstalt sind hinreichende Mittel zur Teilnahme der Ärzte an Fortbildungskursen und wissenschaftlichen Versammlungen, zu Studienreisen und zur spezialistischen Aus- und Fortbildung von Anstaltsärzten, sowie für ärztliche Bibliothek und Laboratorium auszuwerfen.

In größeren Anstalten soll ein eigener pathologischer Anatom angestellt werden. Überall aber soll in den Anstalten für einen regen wissenschaftlichen Betrieb (Referatabende, Laboratoriumsarbeiten usw.) Sorge getragen werden.

Der Ärzteaustausch zwischen Anstalten und psychiatrischen Kliniken ist anzustreben. Einem Einrosten und Stagnieren könnte auch durch Versetzung innerhalb der Landesanstalten vorgebeugt werden.

Es ist empfehlenswert, die jährlichen Fortbildungskurse hier und da auch an kleineren Universitäten abzuhalten.

Jedem Arzt soll nicht nur durch Einrichtung eines ärztlichen Tagesdienstes, sondern auch durch die Gewährung freier Tage und eines jährlichen längeren Urlaubes hinreichende Gelegenheit zur Erholung und geistigen Anregung gegeben werden." —

Es wird nun zur Neuwahl an Stelle der beiden austretenden Vorstandsmitglieder geschritten. Auf Vorschlag von Knecht wurden Kreuser und Siemens wieder gewählt durch Akklamation der ganzen Versammlung. Auch der Vorschlag von Herrn Kraepelin, Geh. Rat Ludwig-Heppenheim zum Ehrenmitglied zu ernennen, wird einstimmig angenommen.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

— Dr. Dost, Dramatisch-musikalische Szene: „Die Irrenpflege einst und jetzt", für Deklamation und drei Singstimmen mit Klavierbegleitung. Preis 2 M., 100 Texte 5 M. Selbstverlag des Pflegerinnenhauses zu Hubertusburg bei Wermsdorf, Sa.

Der Kollege Dost von Hubertusburg, auch musikalisch begabt und im Generalbasse bewandert, hat für Aufführungen an Irrenanstalten eine ganz reizende Dichtung und Komposition geschaffen, die wenig Apparat erfordert, nur drei Singstimmen und 15—20 Minuten in Anspruch nimmt. Die Musik ist edel, melodiös, dabei wie auch die Klavierbegleitung einfach gehalten. Eine Schwester, Pflegerin, sitzt um Mitternacht in ihrem Stübchen, liest in einem Buche über frühere Irrenpflege und ist tief entrüstet über die Grausamkeit jener Zeit. Sie stößt das Buch von sich, deklamiert einige Verse und singt dann (Sopran) von einem Traume. Sie setzt sich nieder, schlummert ein und mit dem Glockenschlag 12 erscheinen nach einem Vorspiele zwei alte Krankenschwestern, im Nonnenkostüm, die vor 100 Jahren an Irrenanstalten wirkten, verbeugen sich vor der erwachenden Schwester und in einem Terzett (Alt und zwei Soprane) erzählen sie von der früheren Behandlung der Irren, mit „Drehmaschine, Schaukel, Rad", Zwangsgestühl usw., und können ihr Erstaunen über die jetzige Irrenpflege, die sie eben gesehen haben, nicht genug aussprechen, und alle drei preisen dann die neue Zeit. Das Stück wird sehr dankbare Hörer finden und sicher dürften die Kranken am Text keinen Anstoß nehmen, da er sehr dezent gehalten ist. In Hubertusburg hat diese musikalische Szene auch bei den Pat. sehr gefallen. Sie sei daher — der Preis ist ja sehr billig — allen Anstalten bestens empfohlen. Näcke.

— Matet: Etude Clinique et Considérations Médico-Légales au sujet des Fous moraux. Montpellier, 1908. 71 S. Dissertation.

Verf. gibt zunächst kurz eine Geschichte der sogen. „Moral insanity" und dann ausführlich zwei Krankengeschichten. Die Zugehörigen sind Entartete, meist erblich belastet, und sie gehören weder in die Gefängnisse noch in Irrenanstalten, sondern in Spezialanstalten, wie dies schon 1828 Georget verlangt hatte (in der Form von Spezial-Abteilungen), womöglich lebenslang, mit Urlaubsversuchen und vorwiegender Beschäftigungs-Therapie. Die Internierung sollte gerichtlich dekretiert sein. Aber schon in der Schule hat die Prophylaxe einzusetzen, indem man undisziplinierbare etc. Kinder bald absondert und besonders erzieht. Näcke.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz in (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S

Zehnter Jahrgang. Nr. 30. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Heil- und Pflegeanstalt Waldbroel (Rheinl.).

Die Stelle des

Assistenzarztes

ist sofort zu besetzen. Anfangsgehalt 2000 M., bei freier Wohnung, Beköstigung in der I. Tischklasse, Heizung, Beleuchtung, Arznei und Wäsche. Psychiatrische Vorbildung ist erwünscht, jedoch nicht unbedingt erforderlich. Bewerbungen unter Beifügung von Lebenslauf und Zeugnissen umgehend erbeten an die Direktion.

An meiner **Nervenheilanstalt** ist zum 1. Januar eine Stelle für einen

Arzt

mit mehrjähriger psychiatrischer Erfahrung zu besetzen. Anfangsgehalt 3000 bis 3600 M. jährlich bei freier Station, ev. **Familienwohnung.**

Der Bewerbung bitte ich Lebenslauf, Zeugnisse und Photographie beizulegen.

Dr. Kahlbaum, Görlitz.



Zu kaufen gesucht:

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.

Jahrg. 1—37. Gefl. Offerten auch von einzelnen Bänden erbittet: **Rossberg'sche Buchhandlung Roth & Schunke**, Leipzig, Universitätsstr. 15.

An der Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten in **Halle a. S.** ist die Stelle der

I. Pflegerin

zum 25. November ds. Js. zu besetzen. Hauptsache ist gute Kenntnis in der Irren-Krankenpflege und Befähigung, die Oberin zeitweise zu vertreten.

Anfangsgehalt 600 M. per Jahr u. freie Station, auch Dienstkleider. Gesuche sind an die Direktion der Klinik zu richten.

An der Provinzialanstalt für Epileptische zu **Potsdam** ist zum 1. Januar die Stelle eines

2. Oberwärters

zu besetzen. Anfangsgehalt f. Verh. 1600 M. und Wohnungsgeldzuschuß. Bewerb. an den Direktor.

Zur Nervenberuhigung und Schlafanregung

Bromural

α-Monobromisovalerianylharnstoff.

Dosis: als Sedativum 0,3 g mehrmals täglich; ein leichtes Hypnotikum 0,6 g vor dem Schlafengehen als Pulver oder in Tabletten.

Rp. 1 Originalröhrchen Bromural-Tabletten (Knoll) zu 0,3 g Nr. XX

Knoll & Co., Ludwigshafen am Rhein.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld.

Veronal

Durch **Intensität u. Sicherheit der Wirkung ausgezeichnet, frei von schädigenden Nebenwirkungen.** Geruchlos, fast ohne Geschmack. Ind.: nervöse Agrypnie, Depressionszustände. Auch bei unkompensierten Herzfehlern, bei chron. interstitieller Nephritis etc. verwendbar.

Als **ungefährliches Sedativum bei maniakalischen Erregungszuständen.**

Mittlere Dos.: 0,5—0,75—1,0 g, in heißen Flüssigkeiten gelöst zu nehmen.

Isopral

Neues vortreffliches Hypnoticum. Ersatz für Chloralhydrat. Herz und Gefäßsystem schonend, dabei von doppelt so starker hypnotischer Wirkung als Chloral.

Dos.: 0,5—1,0 g bei einfacher und mittlerer Agrypnie.
1,0—2,0—3,0 g bei Erregungszuständen.

Darreichung in wässeriger Lösung oder in Form von Tabletten.

(In geschlossenem Glasgefäß kühl aufzubewahren!)

Coryfin

Neues **Mentholderivat mit langandauernder Mentholwirkung. (Ersatz f. Migränestift, Mentholin-Schnupfpulver etc.)**

Vortreffliches Linderungsmittel

bei Kopfschmerz (spec. auch Migräne) und Gesichtsneuralgien; Katarrhen der Atmungsorgane bes. in Form von Inhalationen mit Dr. Sänger's Arzneiverdampfungsapparat. **Als juckstillendes Mittel** bei Pruritus etc.

Auch **intern** an Stelle von Menthol bei Hyperemesis, Cardialgie, Singultus u. a.

Spezial-Pinselflacons sowie Flaschen à 10 und 25 g } „Originalpackung Bayer".

Ältere bewährte Schlafmittel

Trional — **Hedonal** absolut unschädlich, frei von Nebenwirkungen. Dos.: 1,5—2 g. — Sulfonal

---

Hartglasplatten

zur Verglasung von

Unruhigen- und Tobzellen,

sowie für **Beobachtungsfenster**

infolge ihrer **grossen Widerstandsfähigkeit unbedingt zuverlässig,**

bei vielen Anstalten seit langen Jahren im Gebrauche, liefert **unter Garantie** billigst

Curt Zieger, Hartglasfabrik, **Dresden-A. 18.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 30. 17. Oktober **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zur Symptomatologie der Epilepsie.

Von *J. Bresler.*

a) Manische Aura.

Nach Binswangers Darstellung*) findet man unter den Vorboten des epileptischen Anfalls seltener eine auffällig heitere, euphorisch gehobene Stimmungslage, in welcher die Patienten durch besondere Geschwätzigkeit und ruhelose Geschäftigkeit auffallen (Seite 183), auch bei den unmittelbaren Vorboten (Aura) sind heitere Affekte, ein plötzlich auftauchendes Gefühl der Freude, der Glückseligkeit, einer ungeheuren Leichtigkeit, eines gesteigerten Wohlbefindens viel seltener als Angst, Furcht, Zorn u. dergl. (S. 188). Diese Seltenheit rechtfertigt es vielleicht, wenn ich mit der Anführung zweier Beobachtungen auf diesen Gegenstand kurz zu sprechen komme. Die erste liegt um einige Jahre zurück; die betr. Kranke bot für mehrere Minuten eine leichte Euphorie, die abgesehen von dem plötzlichen Einsetzen und der Unmotiviertheit sich deutlich von ihrer gewöhnlichen gleichmäßigen Gemütslage abhob; sie lachte, sah einen anscheinend mit Verständnis an, brachte aber trotz Versuchs kein Wort hervor. Bald darauf erfolgte kurzer Bewußtseinsverlust mit einigen wenigen Sprach- und Kaubewegungen und leichter Verdrehung des Rumpfes und der Arme. Es waren nur vereinzelte Anfälle, die so bei ihr verliefen; die übrigen waren schwere, ziemlich plötzlich auftretende Krampfattacken. Die zweite Beobachtung machte ich kürzlich erst, obgleich ich seit dem ersten Fall unausgesetzt nach ähnlichem gefahndet habe. Diese Kranke ist vor fast jedem Anfall ca. 1/4 Stunde ausgesprochen heiter, hat einen lebhaften Bewegungsdrang, lacht, schneidet den anderen Gesichter, neckt sie, macht witzige Bemerkungen (meist Wortwitze) und Zoten und unanständige Streiche, stellt sich als wenn sie hinfallen wollte, hält sich aber im richtigen Augenblick prompt aufrecht und schüttelt sich vor Lachen darüber, daß die Umstehenden sie wegen eines erwarteten Anfalls halten wollten, tanzt, läuft hin und her. Dabei leichte Ideenflucht. Ein ausgesprochen manisches Zustandsbild, das ganz blitzartig von einem schweren Krampfanfall abgebrochen wird.

Eine ähnliche Schilderung gibt Kraepelin in seinem Lehrbuch der Psychiatrie (VII. Aufl., 1904, II. Bd., S. 632), wo er von dem seltener zu beobachtenden anfallsweisen Auftreten expansiver oder ekstatischer Stimmungen bei Epileptikern spricht; doch betrifft sie nicht Aurazustände, wie es sich auch bei Heilbronners beiden Fällen (Über epileptische Manie nebst Bemerkungen über die Ideenflucht; Monatsschrift f. Psychiatrie, Bd. XIII, 193) nicht um solche handelt.

b) Verschiedenes Verhalten der örtlichen und zeitlichen Orientierung.

Die zeitliche Orientierung ist nicht nur unter normalen Verhältnissen schwieriger fehlerfrei und ohne daß sie uns gelegentlich einmal vorübergehend im Stich läßt, durchzuführen, als die örtliche; auch bei den Geisteskrankheiten, besonders solchen mit Gedächtnisschwäche, ist sie häufiger und intensiver gestört als die letztere. Seit Jahren beobachte ich nun bei einer Epileptischen mit mehrtägigen psychischen Äquivalenten (Sinnestäuschungen schreckhafter Natur, Verkennen der Personen, der Umgebung, Wahnvorstellungen, ängstliche Erregung), daß sie ihre Örtlichkeit vollkommen verkennt, sich in einem anderen Orte, in einem anderen Hause glaubt, dabei aber zeitlich nicht nur über Jahr, Datum und Wochentag, sondern bis etwa auf eine halbe bis 3/4 Stunde Differenz über die Tageszeit orientiert ist. Auch dieses Phänomen habe ich erst in letzter Zeit ein zweites Mal wieder angetroffen bei einer Epileptischen im

*) Die Epilepsie. Von O. Binswanger Wien 1899.

postparoxysmalen Dämmerzustand, jedoch nicht so deutlich ausgeprägt. Diese Kranke kannte zwar die Personen der Umgebung, benannte auch vorgezeigte Gegenstände richtig, wußte aber nicht, wo sie sei. Dagegen gab sie Monat und Jahreszahl richtig an. Den Tag wußte sie nicht.

Zwei weitere Fälle, bei denen dieses Verhältnis der örtlichen und zeitlichen Orientierung unverkennbar das oben geschilderte war, betreffen klimakterische depressive Psychosen mit Sinnestäuschungen und zeitweiliger stärkerer ängstlicher Erregung und Suizidneigung. Daß sie beide Trinkerinnen sind, ist vielleicht nur Zufall.

Vielleicht ist diese Mitteilung geeignet, zu weiteren Untersuchungen über den Gegenstand anzuregen. Es sind hierbei Aufschlüsse zu erwarten, die weit hinein in manches dunkle Gebiet der allgemeinen Psychopathologie führen. Ich denke dabei z. B. an einen Fall von Negativismus, in welchem Pat. hartnäckig leugnete zu wissen, wo sie sei, während sie zeitlich genaue Orientierung an den Tag legte.

(Aus der psychiatrischen Klinik in Basel. Direktor Professor Wolff.)

Über ein „Schutzbett" für erregte Geisteskranke.

Von *F. K. Walter*, Assistenzarzt.

(Schluß.)

Bei dem zweiten Fall handelt es sich ebenfalls um einen manischen Patienten, der ins Schutzbett gelegt war, weil er fortwährend aufstand und, um seine Kräfte zu demonstrieren, Bettstelle und Wärter als Hanteln zu benutzen und zu stemmen versuchte. Diesem gelang es einmal, von innen das nicht völlig geschlossene Schutzbett zu öffnen. Daß dies aber keine Reaktion auf das Eingeschlossensein war, geht daraus hervor, daß er sich hinterher freiwillig wieder hineinlegte. Die ganze Manipulation hatte lediglich den Zweck gehabt, uns seine Geschicklichkeit zu beweisen, mit der er ebenso wie mit seiner Kraft prahlte.

Der Delirant wurde auch ins Schutzbett gelegt, weil er in einem anderen Bett nicht zu halten war. Wegen zu großen Lärms mußte er aber später doch isoliert werden, nachdem er vergeblich versucht hatte, das Schutzbett gewaltsam zu öffnen.

Wir können also nur von zwei Patienten sagen, daß sie wirklich unangenehm auf das Schutzbett reagierten. — Unter den weiblichen Kranken haben wir dies bis jetzt gar nicht beobachtet; allerdings muß dabei bemerkt werden, daß wir bis heute noch keine Gelegenheit hatten, das Schutzbett an so stark erregten manischen und delirierenden Patientinnen zu probieren. Dagegen zeigte sich bei den Frauen insofern ein ungünstigeres Resultat, als die zweite Gruppe unter ihnen zahlreicher vertreten ist als bei den Männern. Etwa ein Drittel der weiblichen Kranken waren im Schutzbett weiter unruhig, während die männlichen Patienten mit den angeführten Ausnahmen alle, wenn nicht sofort, so doch in kürzerer Zeit motorisch ruhig wurden.

Was die lauten Patienten anbetrifft, so hängt ja vielfach motorische Unruhe und Lärmmachen eng zusammen. In diesen Fällen haben wir auch in bezug hierauf gute Erfolge vom Schutzbett gesehen. Wo beides ganz verschiedenen Ursachen entspringt, ist allerdings ein wesentlicher Unterschied zwischen Schutzbett und einfachem Bett zugunsten des ersteren kaum zu konstatieren. Wichtig ist aber, daß wir auch keinen Fall zu verzeichnen haben, in dem das Schutzbett den Anlaß zum Schreien und überhaupt Lärmen gab.

Ich gebe jetzt eine Reihe von Beispielen, in denen wir das Schutzbett mit gutem Erfolg angewandt haben:

18 jähriger Marmorierer D. Diagnose Epilept. Raptus.

Patient wird in Zwangsjacke an Händen und Füßen gefesselt von drei Polizisten hereingebracht, beißt, sowie man sich ihm nähert oder ihn berührt, um sich. Beim Transport auf die Abteilung muß ihm der Mund zugehalten werden. Sobald die Fesseln von den Beinen genommen sind, sucht er aufzuspringen, stößt und schlägt aufs heftigste mit denselben nach seiner Umgebung. Patient wird bis auf die Zwangsjacke entkleidet ins Schutzbett mit Matratze und Steppdecke gehoben. Hier wird ihm auch die Zwangsjacke abgezogen. Muß dabei von vier Wärtern gehalten werden, weil er fortwährend versucht, um sich zu schlagen und zu beißen. Sowie das Bett geschlossen ist, bleibt er ruhig liegen. Nach einiger Zeit richtet er sich auf, sucht im Bett umher nach einer Öffnung. Schnappt, wenn man mit der Hand ans Gitter kommt, einige Male nach dieser. Legt

sich dann auf Zureden wieder hin und nimmt die Steppdecke über. Dann folgen noch einige kurze Streckbewegungen des ganzen Körpers, wobei er die Füße gegen das Gitter stemmt. Gleich darauf aber bleibt er völlig ruhig liegen. Schläft nach einigen Stunden ein und kann am nächsten Morgen in ein anderes Bett gelegt werden.

F. S. 21 jähriger Katatoniker.

Dieser Patient wird bei jedem Erregungszustand ins Schutzbett genommen, da er dann sehr gewalttätig ist, schreit, schimpft, spuckt usw. Hier wirkt das Schutzbett meist momentan. Ich habe gesehen, wie Pat. im gewöhnlichen Bett kaum von drei Wärtern gehalten werden konnte und dabei einen tollen Lärm vollführte und dann ins Schutzbett gebracht, augenblicklich liegen blieb, und sofort auch zu lärmen aufhörte. Obwohl Pat. nun schon sehr oft im Schutzbett war, hat er sich bis jetzt noch nie dagegen gesträubt, daß er wieder in dasselbe hineingelegt wurde.

Im folgenden gebe ich die Krankengeschichte eines Paralytikers wieder, soweit sie für uns von Interesse ist, der die größte Zeit seines hiesigen Aufenthaltes im Schutzbett zugebracht hat und darin maniforme und depressive Phasen durchmachte:

Der 36 Jahre alte Bäcker A. wird aus der innern in die hiesige Klinik gebracht, weil er dort während der Besuchszeit auf die Direktion gegangen war und dort zu toben und wüten angefangen hat. Konnte dort nur mit Mühe in die Isolierzelle gebracht werden, wo er sich vollständig auszog und im Zimmer umherwütete.

Im psychischen Status findet sich notiert: Er halluziniert stark, hört draußen Verwandte und Bekannte und ruft sie laut, sie sollen hereinkommen, Antwort geben. Allmählich nimmt die Erregung zu. Er schreit mit sehr lauter Stimme, wiederholt dabei oft dieselben Sätze. Hat auch Angst und soll geköpft werden.

6. November. Hat sich bald beruhigt. Wird nach Aufnahme-Abteilung zurückgebracht.

8. Nov. Bei der klinischen Vorstellung heiter erregt, euphorisch, redselig. Örtlich und zeitlich unorientiert. Will zu seiner Frau; bestreitet, daß sie tot sei. Klagt dann über das „lästige Hypnotisieren durch die Stimmen und sonst noch solches Zeug". Jammert, er dürfe sich nicht so anstrengen lassen; wird immer gereizter, ängstlich erregt, dann wieder ganz still, horcht anscheinend auf die Stimmen; springt dann plötzlich auf und wird gegen den Direktor aggressiv. Vier Wärter haben die größte Mühe, ihn auf die Abteilung zu bringen. . . .

12. Nov. Nachts hochgradig ängstlich erregt, aggressiv. Ruft: „Ich habe Angst, ich habe Angst!" Stellt sich an die Tür des Wachsaals und horcht auf Stimmen. Verlangt herausgelassen zu werden. Kommt ins Schutzbett, wo er sich ohne weiteres sofort beruhigt.

13. Nov. Heute vorübergehend kurze Zeit wieder sehr aufgeregt, schimpft, schlägt um sich, schreit. Zieht sich das Hemd aus und fährt fortwährend mit den Händen am Körper umher.

21. Nov. Ruhiger, aber noch immer im Schutzbett, da sonst leicht wieder aufgeregt.

29. Nov. Wähnt sich zu lebenslänglicher Körperhaft verurteilt. Meist still, aber von Zeit zu Zeit immer wieder impulsive Wutausbrüche. Will heim zu seiner Frau.

15. Dezember. Mußte auf die unruhige Abteilung, auch ins Schutzbett genommen werden. Schreit, schimpft; zynisch-unflätig in seiner Ausdrucksweise.

25. Dez. Ganz unverändert.

9. Januar. Noch im geschlossenen Schutzbett, da alle bisherigen Versuche, den Pat. in ein gewöhnliches Bett zu bringen, an seinem aktiven Widerstand scheiterten. (Er wurde sogar aggressiv bei diesen Versuchen.) Schimpft, wütet, lacht, brüllt. Fängt dann plötzlich an zu weinen usw. . . .

Soviel aus seinen verworrenen Reden zu entnehmen ist, steht Pat. andauernd unter dem Einfluß von Halluzinationen. . . .

22. Januar. Massenhafte optische und akustische Sinnestäuschungen. . . . Stimmung gehoben. Starker Affekt, bald heiter, bald maßlos zornig.

23. Januar. Erzählt mit wutbebender Stimme, „unten" liege gerade seine Frau mit dem verdammten Kerl „so und so", „die Schweinebande f . . . . . den ganzen Tag an meiner Frau herum"; er müsse zusehen, „ohne dem Kerl den Hals umdrehen" zu können.

26. Januar. Halluzinationen weniger massenhaft, weniger deliriös gefärbt. . . .

31. Januar. Heute ruhig im Schutzbett. Lacht nur stillvergnügt vor sich hin.

1. Februar. Hochgradig heiter erregt, ruft den Arzt herbei, damit er ihn anspucken könne.

2. Februar. Still, deprimiert. . . .

3. Februar. Wieder hochgradig maniform.

17. Februar. Den ganzen Tag still, mutazistisch, gehemmt, negativistisch.

19. Februar. Wieder ängstlich erregt. Wenn das Schutzbett geöffnet wird, um ihm das Essen zu reichen, verlangt er, daß es sofort wieder geschlossen wird, oder schließt es selbst, wenn der Wärter es offen gelassen hat.

22. Februar. Wieder in maniformer Erregung.

10. März. Allmählich ruhiger geworden. Pat. wird nur mit Widerstreben seinerseits aus dem Schutzbett genommen, um es für einen anderen Patienten frei zu machen. In einem Augenblick, wo dieser dasselbe verläßt, um auf den Stuhl zu gehen, legt Patient sich in dasselbe und schließt die Türen. . . .

Außer diesem haben wir noch drei andere Fälle, wo die Patienten direkt nach dem Schutzbett wieder verlangten, nachdem man sie herausgenommen hat.

Bei dem einen handelt es sich mit größter Wahrscheinlichkeit auch um eine Paralyse mit ängstlichem Stupor infolge von Halluzinationen. Der zweite ist eine paranoide Demenz. Bei diesem Patienten, der zeitweilig sehr laut ist und dann auf die unruhige Abteilung verlegt werden muß, dient das Schutzbett offenbar hauptsächlich dazu, seine Furchtsamkeit vor andern Patienten herabzusetzen. Schließlich haben wir noch eine Hysterika (?), die, nachdem sie wochenlang wegen Aggressivität und fortwährendem Umherlaufen im Wachsaal im Schutzbett gelegen hatte und dann dasselbe an eine andere hatte abtreten müssen, diese herauszuwerfen suchte, um sich selbst wieder hineinzulegen. In der ersten Zeit hatte sie auch wohl hin und wieder, wenn auch ohne jeden Affekt gebeten, sie herauszunehmen, aber nie den Versuch gemacht, selbst herauszukommen.

Frau L., 57 Jahre alt, Katatonie.

19. Oktober. War sehr aufgeregt gewesen in den letzten Tagen. Immer dieselben nihilistischen Ideen. Bleibt nicht im Bett, mußte mit der Sonde gefüttert werden. Heute wieder besser, zugänglicher. Ißt, bleibt liegen. „Il n'y a pas de madame! Il n'y a pas de tête, pas de corps! Il n'y a rien du tout" usw.

24. Okt. Gute Tage wechseln mit schlechten, während welchen sie keine Nahrung nimmt, nicht im Bett liegen bleibt, sondern sich auf den Boden legt. Heute geht es wieder besser, ist auf, häkelt sogar ein wenig.

5. November. Ist versuchsweise ins Schutzbett gebracht worden, nachdem die letzten Tage recht unruhig waren. Liegt ruhig darin, ißt seitdem weit besser.

8. Nov. Früh nicht gegessen.

21. Nov. Auch bei offenem Bett ruhig. Wird wieder ins gewöhnliche Bett genommen.

25. Nov. Ist absolut nicht im Bett zu halten. Benutzt jeden Augenblick, um sich aus dem Bett zu stürzen und dann unter dasselbe oder hinter den Schrank zu kriechen. Äußert dabei fortwährend wieder ihre nihilistischen Ideen. Habe nichts, kein Bett, keine Decke, keinen Körper usw. Dann wieder, sie sei es nicht wert, im Bett zu liegen. Wieder ins Schutzbett.

26. Nov. Liegt sofort im geschlossenen Schutzbett ruhig. Versucht nicht aus demselben herauszukommen.

10. Jan. Dauernd im Schutzbett ruhig.

12. Jan. Meist im offenen Schutzbett, öfter auch auf, und im Gesellschafts- oder Musikraum. . . .

8. Mai. Seit sie das Schutzbett hat, gut auf der Pensionärabteilung zu halten. . . .

25. Jan. Im gewöhnlichen Bett. Seitdem dauernde Besserung. Zurzeit kaum noch etwas Krankhaftes in psychischer Hinsicht an ihr zu bemerken.

Frau B., 68 Jahr. Manie. 14. Aufnahme.

1. April. Schwatzt, lacht, schilt, halluziniert, bleibt im Bett. Ißt, luzid, erkennt Arzt und Oberwärterin von früher her wieder. Zeitweise gereizt.

26. April. Immer das gleiche Bild. Geht in letzter Zeit öfter aus dem Bett und läuft im Wachsaal umher. Für Zureden ganz unzugänglich. Gestern vom Arzt aufgefordert, sich wieder ins Bett zu legen, lacht sie nur und zeigt ihm ihr Hinterteil.

1. Mai. Nachts oft störend durch ihr fortwährendes Schwatzen, Singen und Lachen. Hypnotica wirken fast gar nicht. . . .

11. Mai. Immer noch gleich erregt; entblößt sich oft und zieht das Hemd aus. Läuft oft zu andern Patienten und zieht denen dann die Bettdecken herunter, oder an die Klosettspülung, um am Spülhebel zu ziehen.

20. Mai. Da sie ständig umherläuft, schilt und räsoniert, wird sie in ein frei gewordenes Schutzbett gelegt.

24. Mai. Wühlte in den beiden ersten Tagen auch im Schutzbett viel umher und schwatzte in alter Weise. Da sie sich das Hemd fortwährend auszieht, bekommt sie Zellrock an. Beachtet das Schutzbett fast gar nicht. Versucht weder herauszukommen noch verlangt sie herausgenommen zu werden.

Heute Morgen liegt sie still und ist ruhig.

25. Mai. War auch in den zwei letzten Nächten ruhig. Wird, weil das Schutzbett für eine andere Patientin benötigt wird, wieder in ein gewöhnliches Bett gelegt. Heute auch darin ruhig.

26. Mai. Liegt still in ihrem Bett. Verlangt nach Hause.

Frau R. 25jährige Hysterika.

26. August (Innere Klinik). Während Pat. bis gestern Abend ruhig war, wurde sie plötzlich unruhig

und bedroht die Schwester und die übrigen Kranken. Nachdem sie isoliert war, schrie sie fortwährend laut und schlug mit Händen und Füßen gegen die Tür. Sie rief, sie wolle nach Hause, weil man sie hier erfrieren lasse. Heute früh sehr große Erregung. Pat. schreit und tobt fortwährend.

Überweisung in die psychiatrische Klinik.

26. Aug. Pat. wird im Krankenwagen auf einer Tragbahre hergebracht, schreit bei der Aufnahme und versucht um sich zu schlagen, muß daher sofort auf die unruhige Abteilung gebracht werden. Hier wird sie zunächst ganz ruhig, bleibt still im Bett liegen und ißt. Nachmittags bekommt sie wieder einen Erregungszustand, schreit, springt auf, will davon, daher ins Schutzbett. Nachts ruhig mit Malonalsuppos. 1,5.

27. Aug. Liegt ruhig im Schutzbett; stuporös, mutazistisch, bei passiven Bewegungsversuchen negativistisch.

28. Aug. Nimmt ziemlich reichlich Milch, sonst nichts. Uriniert spontan. Noch mutazistisch, aber nicht so negativistisch wie gestern.

31. Aug. Heute auf die ruhige Abteilung verlegt in gewöhnliches Bett. Reagiert auf Anreden mit leisem Lächeln. Sprachliche Äußerungen noch nicht erzielbar. . . .

1. September. Heute vom Mann gegen Revers abgeholt.

Diese Beispiele mögen genügen, um ein ungefähres Bild von dem Verhalten der Kranken im Schutzbett zu geben.

Eine strikte Indikationsstellung für Schutzbettbehandlung ist selbstverständlich ebensowenig möglich wie für alle anderen Beruhigungsmittel. Man wird a priori nicht sagen können, wie im speziellen Fall die Wirkung ist.

Nichtsdestoweniger können wir nach unseren Erfahrungen doch einen Unterschied betreffend die verschiedenen Krankheitsformen konstatieren und zwar der Art, daß stark maniakalisch Erregte sich am wenigsten für das Schutzbett eignen, weil sie es infolge ihrer psychischen Disposition am meisten als Fessel empfinden. Immerhin darf man wohl die Frage aufwerfen, ob nicht trotzdem das Schutzbett noch das beste Mittel für sie ist, wenn das Dauerbad und die Narkotika, wie das öfters der Fall ist, versagen, weil dann nur die Isolierzelle noch übrig bleibt.

Die besten Erfolge haben wir zweifellos bei katatonischen und epileptischen Erregungszuständen zu verzeichnen. Hier wirkte das Schutzbett oft momentan. Keiner dieser Patienten versuchte gewaltsam das Bett zu öffnen.

Bei den übrigen Krankheitsformen ist ein wesentlicher Unterschied nicht zu konstatieren. Individuelle Verschiedenheiten sind selbstverständlich auch hier vorhanden, wie wir das oben schon gesagt haben.

Eine besondere Erwähnung verdienen vielleicht noch die Patienten, die nur wegen ihrer impulsiven Aggressivhandlungen im Schutzbett gehalten werden, sonst aber völlig ruhig sind. Für diese ist das Schutzbett geradezu von unschätzbarem Wert, weil wir ihnen gegenüber, sofern wir sie nicht isolieren wollen, eigentlich völlig machtlos sind. Sehr illustrativ ist in dieser Beziehung ein Fall, den wir ganz kürzlich erlebten. Als nämlich ein solcher Patient (Dementia paranoides), der monatelang, teils im geschlossenen, teils im halboffenen Schutzbett gelegen hatte, kürzlich einmal versuchsweise herausgenommen werden sollte, sagte er: „Ja, Herr Doktor, wenn Sie mich da herausnehmen, dann muß ich halt wieder drauflos schlagen." (Zeitweilig hatte er selbst den Wunsch geäußert, wieder in einem andern Bett zu liegen.) Eine unangenehme Reaktion haben wir, wie gesagt, auch bei derartigen Patienten nicht gesehen.

Hier mag noch darauf hingewiesen werden, daß das Schutzbett natürlich auch die Möglichkeit bietet, erregte und aggressive Patienten draußen im Freien zu haben. Ebenso glauben wir, daß es auch für die Familienpflege gute Dienste leisten würde bei Patienten, die aus irgendeinem Zustande zu Hause behandelt werden sollen. Doch haben wir über diesen letzteren Punkt bisher noch keine Erfahrungen sammeln können.

Wir hoffen, daß auf Grund dieser Zeilen auch andere Anstalten zu Versuchen mit dem Schutzbett bewogen werden und zweifeln nicht, daß jeder Versuch dem Schutzbett Freunde gewinnen wird, und daß dadurch der Gebrauch der Isolierzelle und der Hypnotika weiter eingeschränkt wird.

Darauf, daß von mancher Seite von vornherein in dem Schutzbett nichts anderes gesehen werden wird als ein Zwangsmittel in hergebrachtem Sinne, und damit seine Empfehlung als ein Rückfall in eine glücklich überwundene Behandlungsweise der Irren angesehen wird, sind wir gefaßt, können jedoch nach dem eingangs Gesagten eine Berechtigung dazu niemandem zuerkennen.

Erst mit denen, die Erfahrungen gesammelt haben,

können wir über den größeren oder geringeren Wert des Schutzbettes reden*).

*) Die Herstellung unserer Schutzbetten erfolgt durch das Sanitätsgeschäft M. Schaerer A.-G., Bern.

Meinem verehrten Chef, Herrn Prof. Wolff, ... ich für die Anregung zu dieser Arbeit und Über... lassung des Materials meinen besten Dank.

Mitteilungen.

— Vom III. Internationalen Kongress für Irrenpflege, Wien, 7. bis 11. Oktober 1908.

Die Wiener haben den von auswärts gekommenen Kongressisten den Abschied schwer gemacht. Die Trennung von so viel Herzlichkeit und Liebenswürdigkeit ging bei den meisten nicht ohne innere Bewegung vor sich. Wir Psychiater sind ja mit besonders aufmerksamer Behandlung nicht gerade verwöhnt, und die Wiener, deren Gastfreundlichkeit sprichwörtlich ist, werden es nicht wissen, daß uns, die wir in der Mehrzahl in weltabgeschiedenen Anstalten, fern von geistigen Zentren unser Dasein fristen, die wir ja so selten jemandem etwas recht machen, ob wir einen Geisteskranken aufnehmen oder einen Geheilten entlassen, ob wir einen Abgeirrten freisprechen oder verurteilen helfen — daß uns ein solcher Empfang ganz anders zu Herzen geht, als z. B. den Mittelstandspolitikern oder den Advokaten; diese hielten nämlich fast zu gleicher Zeit in Wien ihre Kongresse ab. Es macht dabei freilich viel aus, wenn, wie eben in Österreich, das Herz des Staatsoberhauptes warm für die unglücklichen Geisteskranken schlägt und die öffentliche Irrenpflege auf der Höhe steht; dann wird auch der irrenärztliche Beruf höher eingeschätzt. Das von der Stadt Wien gegebene prunkvolle Bankett im Rathause, den glänzenden Empfang durch den Minister des Innern, Baron von Bienerth, in den herrlichen Sälen des Ministeriums, durch den Landmarschall Prinz Liechtenstein und den niederösterreichischen Landesausschuß Biehlohlawek in der Anstalt „am Steinhof" dürfen wir aber nicht in erster Linie uns Psychiatern zu Gunsten schreiben; es sind vor allem festliche Kundgebungen und Bekräftigungen der hohen Idee internationaler Verständigung, die in diesem Falle gerade sich auf dem wichtigsten Gebiete der Humanität, auf dem der Irrenpflege, betätigte. Es gereicht den Veranstaltern der Festlichkeiten zum Ruhme, diese Idee aus dem äußeren Anlaß des Kongresses so opferfreudig gefördert zu haben.

So sei denn schlichtem Dank für die dem Kongreß erwiesenen Ehren auch an dieser Stelle Ausdruck verliehen.

Die Kongreßdamen waren geradezu entzückt von der Liebenswürdigkeit der Frau Minister Baronin von Bienerth; als wären es liebe Bekannte, so bewillkommnete sie eine jede mit innigem Händedruck und freundlichen Worten.

Der Kongreß war sehr gut besucht; man zählte zirka 450 Teilnehmer, darunter eine Reihe von oberen Verwaltungsbeamten, namentlich aus preußischen [Pro]vinzen. Die Verhandlungen gingen glatt vo[n]... dank der umsichtigen Leitung durch den Vo[rsitzenden] und die Ehrenpräsidenten (Moeli, Dubief, Tamburini, O'Farell). Die Sitzungen wurden t[rotz] des hinauslockenden prächtigen Wetters stark fre[quen]tiert. Die Vortragenden hatten fast ausnahmslos i[hre] Ausführungen in präzise, nicht ermüdende Form [zu] bringen gewußt, und es war jedem Gelegenheit [ge]boten, ohne Anstrengung eine Fülle von Anregu[ng] nach Hause mitzunehmen. Ganz besonderen Bei[fall] erntete Herting, der uns mittels Projektionsap[pa]rats die bauliche Entwicklung der Irrenanstalten [in] Plänen und Ansichten vorführte; dann auch Ge... der in genialer sozialpolitischer Auffassung die ... ziehung der Irrenpflege zur Verwaltung d... Starlinger, der nachwies, daß unter der mod[ernen] Irrenpflege die Anstalten relativ billiger wirt[schaften] als früher, Dr. Dubief, ehemaliger Minister ... der über vergleichende Irrengesetzgebung s[prach], Stabsarzt Zuzak mit seinem Vortrag über die ... anstalt des österreichischen Heeres, Michell ... Tamburini, Bérillon, van Deventer u. ... — Die Verhandlungen werden in einem ... Bericht veröffentlicht. Es wurde die Einsetzu[ng eines] ständigen Komitees beschlossen, welches d... arbeiten für die Kongresse besorgen soll. Für D[eutsch]land wurden gewählt: Moeli und Alt, für [Öster]reich Gerényi und Schlöß, für die S[chweiz] Bleuler. Es wurde beschlossen, den n... Kongreß 1910 in Berlin abzuhalten. — ... dem Kaiser von Österreich übersandte Loyalitä[tskund]gebung des Kongresses ließ der Monarch de[n aller]höchsten Dank dem Ausschusse bekannt geben.

Einige Vorträge und Einzelheiten vom K... werden in den nächsten Heften dieser Wochens[chrift] veröffentlicht werden.

Bresler.

— Jahresversammlung des deutschen V[er]eins für Psychiatrie in Berlin vom 24. ... 25. April. (Fortsetzung.)

Herr Cramer-Göttingen: Psychiatri[sche] Wünsche zur Strafprozeßreform.

Hierzu lagen folgende Thesen des Referente[n ge]druckt vor:

A. Allgemein.

Der Psychiater ist ohne Beihilfe eines sach[kun]digen Juristen nicht zuständig, in Paragraphen fo[rmu]lierte Wünsche zur Strafrechtsreform vorzulegen.

Jeder Jurist muß angehalten werden, minde[stens] ein Semester während seines Studiums geri[chtliche] Psychiatrie zu hören.

B. Strafprozeßordnung.

1. Zum Prinzip der Auswahl der Sachverständigen sind besondere Wünsche nicht mehr vorzubringen, nachdem die Praxis gezeigt hat, daß nach wie vor trotz der Einrichtung des Institutes der Gerichtsärzte der Irrenarzt von Beruf bei den schwieriger zu beurteilenden Fällen in ausreichender Weise zu Wort kommt. Die Einführung eines Gegensachverständigen für alle Fälle erscheint nicht erforderlich, dagegen ist Vorkehrung zu treffen, daß es in den Fällen, wo es der Angeklagte oder Angeschuldigte wünscht, unter allen Umständen möglich ist, noch einen zweiten Sachverständigen zu hören.

2. Es ist Vorkehrung zu treffen, welche ermöglicht, einen Zeugen zu zwingen, sich einer psychiatrischen Expertise zu unterwerfen. Eine Untersuchung der Zeugen auf ihren Geisteszustand hat in allen den Fällen zu geschehen, wo Verdacht auf Geisteskrankheit oder einen Grenzzustand besteht. Wird eine Anklage nur auf Grund eines einzigen Zeugen erhoben, so erscheint eine Begutachtung dieses Zeugen erwünscht. In besonders wichtigen Fällen muß eine Anstaltsbeobachtung der Zeugen möglich sein. Natürlich müssen auch die Zeugen gegen eine zu weite Ausdehnung dieses Rechtes zur psychiatrischen Untersuchung durch die Möglichkeit eines Rekurses an höhere Instanzen geschützt werden.

3. Der Begriff Verhandlungsfähigkeit muß möglichst weit gefaßt werden.

4. Bei Verlesung des Protokolles über die Vernehmung eines Zeugen oder Sachverständigen muß ein Sachverständiger gehört werden, der festzustellen versucht, ob nicht die Geisteskrankheit, welche die Vernehmung des Zeugen in der Hauptverhandlung unmöglich macht, bereits zur Zeit der Vernehmung, deren Protokoll verlesen werden soll, auf Aussage und Gutachten von Einfluß gewesen ist oder nicht.

5. Die Fragestellung vor den Schwurgerichten ist so zu treffen, daß neben der Frage der Zurechnungsfähigkeit auch die der Schuld beantwortet wird.

6. Von der Möglichkeit der Wiederaufnahme der Verhandlung und der nachträglichen Freisprechung müßte mehr Gebrauch gemacht werden, selbst wenn eine Verhandlung nicht mehr möglich ist (Freisprechung nach dem Tode).

7. Bei einem im Strafvollzug geistig Erkrankten ist die während der Dauer der Krankheit in einer Krankenanstalt (Irrenanstalt) zugebrachte Zeit auf die Strafhaft anzurechnen. Ein Strafvollzug an Geisteskranken ist eine Unmöglichkeit, trotzdem kommt es gelegentlich darüber zu Differenzen zwischen der Strafvollstreckungsbehörde und dem Sachverständigen, namentlich, wenn transitorisch geistig erkrankte Grenzzustände in Betracht kommen. In solchen Fällen müssen Obergutachten eingeholt werden.

Es ist dringend erwünscht, daß die Beobachtung auf Grund des § 81 StPO, wenn eine mehrfache Begutachtung durch verschiedene Sachverständige erforderlich ist, nicht auf sechs Wochen für die gesamte Beobachtung beschränkt ist.

C. Strafgesetzbuch.

Bei der Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit nach § 51 ist der Begriff der freien Willensbestimmung für den psychiatrischen Sachverständigen nicht erforderlich. Erwünscht wäre, wie bereits betont, daß jedesmal, soweit das möglich ist, Schuld oder Nichtschuld festgestellt würde.

Auf jeden Fall sind nicht nur die Geisteskranken, sondern auch die Grenzzustände zu berücksichtigen. Dieses ist heute möglich, weil wir uns in dem letzten Jahrzehnt eine ausreichende Klinik der Grenzzustände erworben haben und die einzelnen Formen umschreiben und diagnostizieren können. Soll in der Novelle zum Strafgesetzbuch von diesen Grenzzuständen die Rede sein, so spricht man am besten nicht von geminderter Zurechnungsfähigkeit, sondern von geistiger Minderwertigkeit, weil damit angezeigt ist, daß wir es mit einer Krankheit zu tun haben, und nur über eine Krankheit der Arzt ein Gutachten abgeben kann. Auf jeden Fall muß in dem Paragraphen, der die geistig Minderwertigen berücksichtigt, in irgendeiner Weise betont werden, daß es sich um einen krankhaften Zustand handelt.

Geistig Minderwertige, die eine strafbare Handlung begangen haben, können weder in einer Irrenanstalt, welche für Geisteskranke bestimmt ist, noch in einer Strafanstalt, welche nicht für Geisteskranke bestimmt ist, strafrechtlich behandelt werden, hierzu sind besondere Anstalten erforderlich. Die strafrechtliche Behandlung muß so lange andauern, als es der Zustand des geistig Minderwertigen erfordert.

Dabei gibt es auch Zustände transitorischer geistiger Minderwertigkeit, welche eine strafrechtliche Behandlung überhaupt nicht erfordern. Hier genügt die bedingte Strafaussetzung und Begnadigung.

Ob die strafrechtliche Behandlung durch richterliche Verfügung nach Anhörung von Sachverständigen oder durch Entmündigung in ihrer Art und Dauer bestimmt wird, muß dem Ermessen der juristischen Sachverständigen der Gesetzgeber überlassen bleiben.

Auf jeden Fall müssen bei Entscheidung aller dieser Fragen Sachverständige gehört werden, denn nur diese können auf Grund einer genauen klinischen Kenntnis des Gesundheitszustandes des Minderwertigen entscheiden, ob für die Zukunft eine Gefährlichkeit besteht oder nicht.

Prinzipiell muß der Psychiater auf dem Standpunkt stehen, daß alle Handlungen, welche dem geistig Minderwertigen zur Last gelegt werden müssen, mit als Ausfluß seiner Krankheit zu betrachten sind, so daß also das Wort „strafrechtlich" bei der Behandlung ganz gut wegfallen könnte. Da es aber nicht zu erwarten ist, daß sich die lex ferenda auf einen rein deterministischen Standpunkt stellen wird, wird sich der Psychiater in der angegebenen Weise mit dem Begriff einer strafrechtlichen Behandlung abfinden müssen.

2. Bei der Beurteilung der Jugendlichen wäre es erwünscht, wenn der Begriff des Diszernement ganz fallen könnte, oder wenn er wenigstens wesentlich eingeschränkt würde.

Es ist die Einführung von Jugendgerichtshöfen zu erstreben. Solange ein Täter die Schule besucht, ist ein strafrechtliches Einschreiten zu vermeiden. Das kann am besten durch Heraufrücken der Grenze der absoluten Strafunmündigkeit geschehen. Auch das Heraufrücken der Grenze für die Strafunmündigkeit ist erwünscht.

In allen Fällen ist bei erstmaliger Verurteilung von Jugendlichen in möglichst ausgedehnter Weise von der bedingten Begnadigung und Strafaussetzung Gebrauch zu machen.

Bei Durchführung der Zwangserziehung und der Fürsorgeerziehung sind die Zöglinge einer ständigen Kontrolle durch einen psychiatrisch gebildeten Arzt zu unterziehen, damit etwa einsetzende geistige Minderwertigkeit oder geistige Krankheit, welche eine andere Art der Behandlung erfordert, wenn nicht der Erfolg der Erziehung in Frage gestellt werden soll, rechtzeitig erkannt wird.

Soll es zu einem Strafvollzug bei Jugendlichen kommen, so darf er nur in besonderen Anstalten für Jugendliche durchgeführt werden.

3. Da nicht bestritten werden kann, daß bei den Berauschten eine mehr oder weniger ausgesprochene Bewußtseinsstörung vorliegt, und fast alle chronischen Alkoholisten zu den geistig Minderwertigen gerechnet werden müssen, ist auf ein Trinkerzwangsgesetz hinzuwirken, denn eine Exkulpierung aller dieser Fälle würde dem Rechtsbewußtsein unseres gesamten Volkes widersprechen.

4. Für die Taubstummen sind besondere Bestimmungen nicht erforderlich, wenn der Begriff der geistigen Minderwertigkeit vorgesehen wird. Auf jeden Fall muß betont werden, daß sich darunter viel häufiger, als angenommen wird, psychopathische Individuen befinden.

Referate.

— Der Hypnotismus, sein Wesen, seine Handhabung und Bedeutung für den praktischen Arzt. Von G. v. Voß, Greifswald. Verlag von Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1907.

In der vorliegenden, kurzgefaßten, dabei sehr interessanten Schrift über den Hypnotismus kommt Verf. zu folgenden Schlußsätzen: Die Hypnose ist ein Zustand schlafähnlicher, durch psychische Einwirkung künstlich hervorgerufener Bewußtseinseinengung. Sie bedingt eine erhöhte Beeinflußbarkeit, auf der alle ihre körperlichen und geistigen Erscheinungen beruhen. Die Hypnose ist kein pathologischer Zustand, sie kann fast bei jedem normalen Menschen hervorgerufen werden. Die oberflächlichen hypnotischen Zustände genügen völlig zur Erreichung der therapeutischen Zwecke. Die somnambulen Erscheinungen der tiefen Hypnose erinnern an manche hysterische Zustände, ihre Herbeiführung ist im allgemeinen entbehrlich. Nachdem Verf. die Technik der Hypnose, die spezielle Hypnotherapie und die Schwierigkeiten und Gefahren der Hypnose besprochen hat, streift er in seiner Schrift zum Schluß auch noch die forensische Bedeutung der Hypnose.

Plesch-Hubertusburg.

— Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Von Professor Dr. K. Bonhoeffer, Breslau. Verlag von Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1907.

Seit Kraepelins Lehren einen so hervorragenden Einfluß auf die Psychiatrie gewonnen haben, begegnet man dem Begriff der Entartungspsychosen viel seltener als früher. Man ist heutzutage zu sehr geneigt, kurzdauernde Psychosen, soweit sie nicht dem manisch-depressiven, dem epileptischen oder hysterischen Typus zugehören, ohne weiteres als akute Exazerbation innerhalb des progredienten Prozesses einer Dementia praecox aufzufassen. Dieser Lehre gegenüber ist Verf. der Ansicht, daß auch außerhalb der eben geschilderten Anlagen allein auch auf dem Boden der Entartung psychotische Prozesse vorkommen, die als selbständige Erkrankungen disponierter Individuen zu gelten haben. Durch schärfere Präzisierung derartiger Zustände käme es auch zu einer schärferen Umschreibung des Begriffes der Dementia praecox. An der Hand seiner Untersuchungen des an degenerativen Zuständen so reichen Materials der Breslauer Beobachtungsstation für geisteskranke Verbrecher unterscheidet Verf. drei Gruppen: Erstens einfache paranoide Psychosen bei Degenerierten vom Charakter der unsteten Formen der Debilität, zweitens paranoische Episoden bei Degenerierten, die meist von Jugend auf paranoische Anlage und Neigung zur Bildung überwertiger Ideen gehabt haben, und drittens eine Gruppe, bei der es infolge Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins zu einer umfassenden, das ganze Vorleben retrospektiv fälschenden Wahnentwicklung kam. Plesch-Hubertusburg.

— Fritz Reuters Krankheit. Eine Studie von Dr. med. Paul Albrecht, Oberarzt an der Provinzial-Heilanstalt zu Treptow a. d. Rega. 1907. Verlag von Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S., 1907.

Verf. hält es für die Pflicht des ärztlichen Reuterverehrers, die Gegensätze aufzuhellen, wenn einerseits nach den neuesten Darstellungen seines Lebens von „seiner krankhaften Neigung zum Trunk, von der er sich trotz den besten Vorsätzen niemals befreien konnte", die Rede ist, auf der anderen Seite dagegen seine „kerngesunde, tief innerliche und doch frische Natur" hervorgehoben wird. Dabei ergebe sich die Tatsache, daß nur von einem „periodischen" Zwange, dessen Überwindung außer menschlicher Macht lag, nicht aber von Schuld und Laster die Rede sein könne. Plesch-Hubertusburg.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz in (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S

Zehnter Jahrgang. Nr. 31. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials
redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**
Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 31. 24. Oktober 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Gegenwärtiger Stand des Irrenwesens.

Zusammenfassender Bericht, erstattet dem III. internationalen Kongreß für Irrenpflege in Wien, 7. Oktober 1908.

Von Dr. *Bresler*, Lublinitz.

Die Irrenpflege ist ein Feld mühevollen Schaffens, reich an Aufgaben, Arbeiten und Hoffnungen, aber fast noch reicher an Mißerfolgen und Enttäuschungen. Glückliche Erfindungen und Entdekkungen hat ihre Geschichte nicht aufzuweisen. Das meiste unseres Wissens und Könnens ist hart errungen worden. Mancher Spatenstich, mit dem man ein Stück des dunklen Gebiets der Seelenstörungen abgrub, erforderte Dezennien angestrengten Forschens und stellte uns doch nur vor neue Rätsel. Zugleich ruft die Menschheit immer lauter nach Rat und Hilfe gegen diese unselige Geißel der Kultur, die Geisteskrankheit. Das Mitgefühl, die Humanität ist denn auch die Triebfeder unseres Strebens; sie läßt keinen Verzicht, kein Ignorabimus, keinen Pessimismus aufkommen, sie ist unser Leitstern in Wissenschaft und Praxis; sie setzt die Werte, an denen wir unsere Erfolge messen sollen, sie schätzt auch Geringes hoch ein, wenn es menschliche Not lindert, und sie spendet reichlich Genugtuung auch dem, der an bescheidener Stelle zum Wohl der leidenden Menschheit arbeitet. In der Irrenpflege kann sich Humanität reich entfalten, hier läuft sie nicht so leicht Gefahr, auf Abwege zu geraten und in den Dienst unechter Kulturbestrebungen gespannt zu werden.

Lassen Sie mich nun die mir gestellte Aufgabe so auffassen, daß ich vorwiegend über diejenigen in den letzten Jahren gemachten Fortschritte der Irrenpflege berichte, welche, wenn auch ursprünglich Frucht der Erkenntnis, ihre Anbahnung und ihr Gelingen der Humanität zu verdanken haben. Ich bitte dabei wegen einer nicht genauen Abgrenzung meiner Aufgabe nicht zu streng mit mir ins Gericht zu gehen. Aber ich hoffe so denjenigen Herren Referenten nicht unnötig vorzugreifen, welche über speziellere Gebiete zu berichten haben, andererseits denjenigen nichtärztlichen Faktoren der Humanität, welche als behördliche Organe unsere Bestrebungen so erfolgreich unterstützen und teilweise sogar erst verwirklichen, gerecht zu werden.

Mit dem Schauer vor dem Irrsinn und vor der Irrenanstalt verknüpft sich noch heute die gruselige Vorstellung von Zelle und Zwangsjacke, die früher zur Beruhigung tobender Geisteskranker in der Regel benutzt wurden. Heute ist ihre Anwendung die Ausnahme und es ist eine Freude, in Anstaltsberichten selbst aus Ländern, deren Irrenpflege noch eben in Entwicklung begriffen ist, zu lesen, daß es innerhalb eines ganzen Jahres gelungen ist, fast gänzlich auf Zelle und Zwangsjacke zu verzichten. Es ist eine herrliche Errungenschaft der Humanität, daß die Anstalten sich das Ideal der zwanglosen Behandlung gesetzt haben und daß man sich allenthalben bemüht, in den Anstaltseinrichtungen diejenigen Bedingungen zu erfüllen, welche Voraussetzung für die möglichste Annäherung an dieses Ideal sind. Völlige zwanglose Behandlung ist wirklich nur ein Ideal. Sie wissen alle, daß es einzelne Ärzte gibt, die glauben, daß es ein erreichbares Ziel sei, weil sie eine Zeitlang ohne Zelle und Zwangsjacke ausgekommen sind. Aber das war nur möglich, indem sie eben zufällig eine Zeitlang günstiges Krankenmaterial hatten oder den mechanischen Zwang durch chemischen Zwang oder den menschlicher Hände ersetzten. Die Anwendung des mechanischen Zwangs bei Geisteskranken mit chirurgischen Erkrankungen und Verbänden zur Ermöglichung des ungestörten Heilverlaufs des chirurgischen Leidens hat man auch auf Seite des absoluten No-restraints gelten lassen, allenfalls auch bei gewalttätigen verbrecherischen Geisteskranken. Im übrigen wollte man von einer Anwendung des Restraints nichts mehr wissen. Es ist nun in erster Linie das Ver-

dienst. Professor Bleulers*), unseres verehrten Schweizerischen Kollegen, mit seiner wissenschaftlichen Autorität an eine objektive Prüfung der Notwendigkeit, ja sogar unter Umständen heilsamen Bedeutung der Isolierung in der Zelle herangegangen zu sein gegenüber den durch Begeisterung entschuldbaren Versuchen, die Isolierung eines aufgeregten, gewalttätigen Geisteskranken oder die Anwendung mechanischen Zwanges unter allen Umständen als ärztlichen Kunstfehler hinzustellen. In dem Streben, in Rücksicht auf die öffentliche Meinung jeden Schein von Zwang zu vermeiden, ist man zuweilen von der Bahn wissenschaftlicher Kritik abgewichen. Es gehörte eine Zeitlang ein gewisser Mut dazu, hier mit einem kräftigen Wort entgegenzutreten. Professor Bleuler sagt: einzelne Kranke verlangen, wenn sie in gereizter Stimmung sind, oft, allein zu sein, und arbeiten manchmal in der Zelle weiter. Viele Kranke beruhigen sich daselbst rascher oder wenigstens ebenso rasch, wie wenn sie in Kontakt mit den anderen bleiben. Auch hier ist die Isolierung für alle Teile eine Wohltat, und sie schadet, wenn nur im Notfall angewendet, nicht.

Auch aus Italien lassen sich neuerdings ähnliche Mahnungen vernehmen. Privatdozent Dr. Esposito**) geht noch weiter als Bleuler. Er empfiehlt die Isolierung in der Zelle auch für erregte halluzinierende Paranoiker, für aufgeregte Kranke mit Dementia praecox, hier die Isolierung der nassen Packung vorziehend, bei periodischer Manie, bei erregten Epileptikern. Ich glaube, Esposito hat recht, wenn er behauptet, daß bei richtiger Anwendung, bei ständiger ärztlicher Kontrolle die Isolierung einen therapeutischen Nutzen hat, daß wenn Irrtümer, ja sogar Mißgriffe dabei vorkommen, dies nichts anderes ist als Irrungen in den übrigen Gebieten der Medizin, z. B. bei Laparotomien, Kastration u. dergl. Der Herr Kollege Esposito weist dabei auf die Praxis in der deutschen Irrenpflege als negatives Beispiel hin, indem er es il paese die tutte le abolizioni nennt, das Land aller Abschaffungen, und vor Nachahmung warnt. Er meint die Abschaffung des Restraints, der Isolierung, der Schlafmittel und des Alkoholgenusses in einzelnen Anstalten. Ich bitte ihn, daß er nach einzelnen Übertreibungen, die überall vorkommen, nicht die ganze deutsche Psychiatrie beurteilt. Ich verspreche ihm dahin zu wirken, daß in unseren Anstalten den männlichen Patienten der Tabak weiterhin vergönnt bleibt, der seit einiger Zeit in einer italienischen Anstalt, nämlich in Lucca (ebenso wie die alkoholischen Getränke) abgeschafft worden ist!

*) Psychiatrische Wochenschrift, III, S. 479.

**) Rivista sperimentale di Freniatria, 1908, S. 1.

Die Meinungen sind ja in Italien ebenso geteilt wie bei uns. Professor Belmondo*) hat in Padua auf dem Bankett der Versammlung italienischer Irrenärzte, 1907, gesagt: „Ich habe die Brücken hinter mir abgebrochen! Ich habe die Schiffe hinter mir verbrannt. Auch wenn man Zwangsmittel anwenden wollte, könnten wir es hier nicht, weil wir uns wohl davor in Acht genommen, uns die Mittel dazu zu beschaffen. Im Manicomio von Padua existiert keine Fessel!" Aber Dr. Petrazzani**) richtet an ihn in der hochangesehenen Rivista sperimentale di Freniatria die Frage, wie er es denn nennen würde, wenn er, Belmondo, beim Baden von festen Händen gehalten und gegen seinen Willen gezwungen würde, im Bade zu bleiben, und Petrazzani, Arzt an der Provinzialirrenanstalt in Reggio nell' Emilia, an der ein Tamburini, ein Ferrari usw. glänzend wirkte, an der ein reges wissenschaftliches Streben stets herrschte und noch herrscht, wie in nur wenigen Anstalten, Petrazzani spricht ironisch von der magischen Schnelligkeit und Leichtigkeit, mit welcher die Zwangsmittel improvisiert werden können, von dem Hyoscin und dem Zwang der Hände, und er sagt es unumwunden, daß einige der sogenannten neuen Methoden das Humanitätsgefühl verletzen und jeder elementaren Heilbedingung widersprechen.

Lassen Sie uns in die Urheimat des No-restraint gehen. Dr. Cole, Arzt an der Privatanstalt, ich betone Privatanstalt Moorcroft in Middlesex, England, sagt in seinem Vortrag in der Sitzung der südwestlichen Abteilung der Medizinisch-Psychologischen Gesellschaft von Großbritannien und Irland am 8. Oktober 1907***): „Da Hanwell so nahe liegt (d. h. der einstige Wirkungskreis Conollys), so machte sich hier der dominierende Einfluß Conollys fühlbar vom Anfang der Bewegung gegen die mechanische Beschränkung. Es scheint nach den früheren Berichten, daß von restraint in Moorcroft stets nur wenig Gebrauch gemacht wurde. . . Wir glauben noch immer, daß eine Zwangsjacke am richtigen Platze ist, als ein Heilmittel zur Verhinderung von Selbstbeschädigung oder Beschädigung anderer in einigen Fällen, wo andernfalls ein Kämpfen mit den Wärtern stattfinden würde. So wird in seltenen Fällen hier auch Isolierung angewendet und die Polsterzelle als Wohltat empfunden." In dem Jahresbericht über die englische Anstalt Wiltshire, einer Londoner Grafschaftsanstalt, wird mitgeteilt, daß in den Jahren 1901

*) Riv. sperim. di Freniatria, 1907, XXXIII, 4, S. 1007.

**) Ebenda, S. 1005, 1006.

***) Journ. of Ment. Science, Jan. 1908, S. 185.

bis 1906 bei durchschnittlichem Bestande von 963 Köpfen 16 mechanische Beschränkungen und 20 Isolierungen vorkamen.

Nach dem Bericht der schottischen Aufsichtsbehörde über die Irrenanstalten waren in dem fünfjährigen Zeitraum von 1902 bis 1906 bei einer durchschnittlichen jährlichen Belegzahl der sämtlichen Anstalten von 12360 Köpfen 36 Personen dem Restraint unterworfen, davon neun aus chirurgischen Gründen, die übrigen wegen ihrer Gefährlichkeit, das gibt ein jährliches Prozent von 0,29. Der Vergleich mit dem Zeitraum 1896 bis 1900 ergibt ein Abfallen von 59 auf 36 und von 0,55 auf 0,29, der Gesamtdauer der Restraintstunden von 12816 auf 2976. Isoliert wurden in der Zeit von 1902 bis 1906 jährlich 72 = 0,59%; die Zahl der Isolierungsstunden betrug 1582; ein Vergleich mit dem Zeitraum 1896 bis 1900 ergibt ein Abfallen der Ziffer von 114 auf 72, d. h. von 1,05 auf 0,59%, von 2911 auf 1582 Stunden. In vier Anstalten kamen in den Jahren 1902 bis 1906 weder Restraint noch Isolierung in Anwendung, in einer kein Restraint, in vier Anstalten keine Isolierung. — Ich bitte Sie um Entschuldigung wegen der umständlichen Anführung dieser trockenen Zahlen; ich habe damit aber noch den anderen Zweck verbinden wollen, Ihnen eine Stichprobe aus dem Verwaltungsbericht einer umfangreichen Zentralbehörde zu geben, der von einer Sorgfalt und bis ins Kleinste gehenden Genauigkeit ist, wie sie sich wohl nur in wenigen derartigen Berichten wiederfindet.

Die Kommissioners konstatieren nur diese erfreuliche Abnahme der Beschränkungen und sagen, daß sie sich absichtlich eines Kommentars enthalten, warum die Verhältnisse in den einzelnen Anstalten so verschieden sind. Sie sagen ganz mit Recht, daß nur der unmittelbar mit Behandlung betraute Arzt über Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit von Restraint und Isolierung urteilen kann. Sie meinen aber, daß die Gefahr bestehe, daß, um die Isolierung zu vermeiden, unruhige Patienten längere Zeit im Bett gehalten werden, und daß Fälle bekannt wurden, in denen eine richtig angewandte Isolierung hätte vorgezogen werden sollen. Die Kommissioners haben die Beobachtung gemacht, daß der Wechsel in der Anstaltsleitung manchmal vom völligen Aufhören des Restraints und der Isolierung gefolgt ist, und schließen daraus, daß die Anwendung mehr von der Ansicht des einzelnen Leiters als von dem Charakter der Kranken abhängt. Meines Erachtens hätten sie sollen zufügen, daß auch der Zufall hier eine große Rolle spielt; denn manche Anstalt bleibt, wie ich schon andeutete, jahrelang von sehr hartnäckig erregten Kranken verschont, bis ihr gelegentlich Patienten zugeführt werden, bei denen es keinen anderen Ausweg als Restraint und Isolierung gibt.

Nun ist es interessant zu konstatieren, welche Kritik diese an sich sehr zurückhaltende Ansicht der Kommissioners in der Fachpresse in der Urheimat des No-restraint erfahren hat. Im Journal of Mental Science, dem Organ der Medizinisch-Psychologischen Gesellschaft von Großbritannien und Irland, schreibt man dazu: „Gegenüber dieser Veröffentlichung der Kommissioners sind wir mehr als ein wenig skeptisch. Das Einzige, was man daraus lernen kann, ist, daß trotz Abneigung gegen Restraint und Isolierung es doch von Zeit zu Zeit einige wenige Patienten gibt, die mit solchen Mitteln behandelt werden müssen. Das wissen wir alle oder die meisten von uns. Aber das Publikum weiß es nicht, und eine solche Statistik könnte leicht mißverstanden werden. Sie könnte selbst in den Augen des gebildeten Publikums den Zweck haben, ‚die anderen zu ermutigen', und das würde ein großer Fehler sein. In einem Falle, in welchem Restraint sich als fast pflichtmäßig erweist, könnte sich ein Leiter leicht entschuldigen mit der Überlegung, daß bei Anwendung des Restraints seine Anstalt hinsichtlich des Durchschnitts der Häufigkeit des Restraints an erster Stelle steht, und es könnte für seine Entschließung seine eigene Reputation maßgebend sein, nicht das Wohl des Patienten, der anderen Patienten und des Pflegepersonals."*)

Ich schließe mich dieser Ansicht an und will bei diesem Gegenstande nicht weiter verweilen; ich glaube den gegenwärtigen Standpunkt in dieser Frage, der auch der dauernde bleiben wird, dahin präzisieren zu sollen, daß die aus ernsten ärztlichen Erwägungen heraus geschehende Anwendung des Restraints und der Isolierung nicht gegen die Humanität verstößt, daß sie nicht nur der Kritik standhält, sondern in manchen Fällen wissenschaftlich begründet und geboten ist.

Da eine der Hauptvoraussetzungen für möglichst wenigen Gebrauch von Zelle und Zwangsmitteln ein gutes und gut ausgebildetes Pflegepersonal ist, so möchte ich darüber hier gleich einiges anknüpfen. Die Einführung des systematischen Unterrichts bei dem Pflegepersonal hat in den letzten Jahren in einzelnen Ländern recht erfreuliche Fortschritte gemacht.

Daß das neue italienische Irrengesetz im allgemeinen Reglement vom 5. März 1905 bestimmt, daß das Pflegepersonal und Oberpflegepersonal der Irren-

*) Journ. of Mental Science, 1908, Jan., S. 175.

anstalten an den Unterrichtskursen teilgenommen und ihre Befähigung auf Grund eines Examens nachgewiesen haben muß, wird Ihnen noch aus der Mitteilung des Herrn Prof. Tamburini auf dem Mailänder Kongreß in Erinnerung sein, ebenso daß entsprechende Kurse und Examina in italienischen Anstalten bereits stattfinden.

Geradezu vorbildlich ist aber auch, was in dieser Richtung in den Anstalten des Seine-Departements geschaffen worden ist. Unterm 4. April 1907 hat der Seine-Präfekt ein Reglement für die Departementsschulen der Pfleger und Pflegerinnen der öffentlichen Irrenanstalten erlassen, wodurch der Unterricht gründlich reformiert ist. Ich hebe daraus hervor: Jede der sechs Anstalten hat eine Schule für Pfleger und eine für Pflegerinnen. Die Kurse dauern von Anfang Oktober bis in die zweite Hälfte des Mai. Sie umfassen Verwaltung, Anatomie und Physiologie, Hygiene, Krankenpflege, Irrenpflege, kleine Pharmazie. Die Zahl der Stunden ist für jedes Fach im Minimum festgesetzt; es sind im ganzen 88. Damit der Unterricht keine Unterbrechung erfährt, wird von vornherein für jeden Lehrer ein Vertreter bestimmt. Am Schluß des Kurses erfolgen die Prüfungen vor einer aus zehn Mitgliedern bestehenden Kommission nach genauesten Vorschriften und unter absoluten Kautelen gegenüber irgendwelchen Betrugsversuchen bei den schriftlichen Arbeiten. Es können auch Personen, die nicht an den Anstalten angestellt sind, zum Unterricht und zum Examen zugelassen werden. Die Prüfungen sind schriftliche, mündliche und praktische. Es werden Diplome, Preise (Bücher, Medaillen und Sparkassenbücher mit Geldeinlagen) erteilt.

Da der Entwurf dieses Reglements bereits 1906 im Oktober vom Seine-Präfekten genehmigt war, konnte schon 1906/07 mit den Kursen begonnen werden, so daß jetzt der Erfolg von bereits zwei Jahren bekannt ist. Er spricht, wie bei dieser ausgezeichneten Organisation nicht anders zu erwarten war, nur zugunsten der Institution.

Die Verwendung weiblichen Pflegepersonals bei männlichen Geisteskranken findet immer mehr Verbreitung. So berichtet z. B. das State Hospital Warren, daß es seine 50 tuberkulösen Patienten beiderlei Geschlechts unter weibliche Pflege gestellt. Das Eastern State Hospital Williamsburg berichtet, daß es mit der weiblichen Pflege in dem Siechenlazarett für männliche Geisteskranke gute Erfahrungen gemacht hat. In der Anstalt des Distrikts Stirling in Schottland besteht das Pflegepersonal auf der Männerseite aus elf Pflegerinnen und 25 Pflegern; an der Spitze der Abteilung steht eine Oberpflegerin. In der Irrenanstalt des Gouvernements Orel in Rußland ist weibliche Pflege ebenfalls eingeführt worden. Der Leiter der Anstalt, Dr. Hermann*), teilt darüber mit, daß in manchen Abteilungen dieselbe Anzahl von weiblichem Dienstpersonal behalten wurde wie früher bei männlichem Dienstpersonal, für andere Abteilungen wurde eine Wärterin mehr bewilligt. Seine Erfahrungen haben, wie er sagt, ergeben, daß weibliches Dienstpersonal selbst in den Abteilungen mit den unruhigsten Kranken seinen Dienst zur Zufriedenheit versehen kann, daß die befürchteten Mängel sich in der Praxis als unbegründet erwiesen haben, daß die Männerabteilungen von der weiblichen Krankenpflege bedeutend gewonnen haben. „Mit der Einführung von Krankenwärterinnen in die männlichen Abteilungen wurden die Zusammenstöße zwischen den Kranken sowie deren Tätlichkeiten weit seltener und weniger intensiv. Da das weibliche Dienstpersonal im allgemeinen weit geduldiger ist, sich besser beherrscht und ein ausgesprocheneres Mitleidsgefühl besitzt als männliches Dienstpersonal, so erträgt es weit leichter die Launen, das Schreien, die Unruhe und die Tätlichkeiten der Kranken. Die unsauberen Patienten rufen bei den Frauen kein Ekelgefühl hervor, weil sie schon von der Kinderpflege her daran gewöhnt sind. Die Überwachung der Kranken wird von weiblichem Dienstpersonal weit gewissenhafter gehandhabt als von männlichem, so daß die Fluchtfälle sich bedeutend verringert haben."

Dr. Hermann will offenbar nicht, daß durch Einführung weiblicher Pflege Geldersparnisse erzielt werden sollen, denn er sagt, daß sämtliche Maßnahmen, welche zur Besserung der Qualität des männlichen Dienstpersonals vorgeschlagen werden, nämlich Erhöhung des Gehalts, periodische Zulagen, Pensionierung, Besserung der Wohnräume, Einrichtung von Pflegerinnenschulen usw., auch in bezug auf das weibliche Dienstpersonal durchgeführt werden müssen.

Seit alters und allenthalben bereitet die Beköstigung unserer Anstaltsinsassen recht große Schwierigkeiten dadurch, daß die Anstaltsverwaltungen an bestimmte Beköstigungsregulative gebunden sind. Diese Regulative vermögen den Wünschen der Kranken nach Abwechselung und Reichhaltigkeit der Speisen nicht gerecht zu werden, auch bezüglich der Menge ließen sie bei manchen Speisen zu wünschen übrig; der Verschiedenheit der Ansprüche und Bedürfnisse auf den einzelnen Stationen, den Stationen für Sieche, für Rekonvaleszenten, für

*) Zeitschrift für Krankenpflege, 1908, Juli.

Jugendliche, für Arbeitende, der Verschiedenheit des Geschmacks bei beiden Geschlechtern usw. trugen sie ebenfalls nicht genügend Rechnung. Dazu kommt, daß zu einer über einen großen geographischen Bezirk sich erstreckenden Verwaltung zuweilen Anstalten gehören, deren Insassen an andere Speisen von Haus aus gewöhnt sind, als die Insassen anderer Anstalten derselben Verwaltung, daß die Lebensmittelpreise bei Anstalten, die nicht einmal sehr weit voneinander entfernt sind, zuweilen erheblich differieren, daß endlich die Anstalten durch die Regulative zuweilen gehindert sind, Lebensmittel, die vorübergehend am Orte billig zu haben sind, rechtzeitig einzukaufen.

Es erscheint mir nun als ein erfreulicher Fortschritt erwähnenswert, daß nach dem Vorbild von Uchtspringe in den Anstalten des Königreichs Sachsen im Jahre 1904 nach voraufgegangenen Versuchen in zwei Anstalten (Großschweidnitz und Untergöltzsch) durch Königliche Verordnung (vom 2. Dezember) bestimmt worden ist, daß die Beköstigung lediglich nach direktionellem Ermessen, jedoch unter Bindung an die festgestellten Etatssätze pro Kopf, versuchsweise zu erfolgen hat.

Der Bericht des Königl. Sächs. Landesmedizinalkollegiums über das Jahr 1905 sagt über die Wirkung dieser Einrichtung: „Die Berichte über den Erfolg dieser Maßnahme lauten durchweg günstig. Die Einführung der an die Aufmerksamkeit und Umsicht aller beteiligten Anstaltsbeamten natürlich größere Ansprüche stellenden neuen Art der Beköstigung ist überall ohne Anstoß vor sich gegangen, sie hat bei allen Kostklassen zu einem recht befriedigenden Ergebnis geführt und speziell für die III. Verpflegsklasse, die ja in bezug auf Beköstigung die wichtigste ist, merkliche Vorteile im Gefolge gehabt, namentlich der für die Konsumenten so lästigen Monotonie der Speisen abgeholfen. Man hat die unbeliebten Speisen weglassen, eine Reihe neuer bisher nicht zulässiger Speisen einführen, das Fleisch in verschiedener Gestalt, auch im gebratenen Zustande, viel häufiger als früher verabreichen können. Dabei ist auch das finanzielle Ergebnis der neuen Beköstigungsweise im Berichtsjahre als ein günstiges zu bezeichnen. Die festgestellten Etatssätze pro Kopf und Jahr bei den einzelnen Kostklassen sind nicht überschritten, vielmehr sind bei allen Klassen einige Ersparnisse gemacht worden, die dann schließlich zugunsten der Konsumenten durch Verabreichung teurerer Speisen, wie Gänse- und Hasenbraten, bei der III. Klasse verwendet worden sind. . .“ Der Bericht derselben Behörde sagt im Jahre 1906: „Die Beköstigung ohne Bindung an das frühere Kostregulativ, die in allen Anstalten eingeführt ist, hat sich nach dem einstimmigen Urteil aller Berichterstatter durchgängig vortrefflich bewährt, die Kost ist allenthalben besser, abwechslungsreicher, schmackhafter geworden . . . es hat überall trotz der wesentlichen Besserung der Kost mit den festgestellten Etatssätzen ausgekommen werden können. . .“ Nur die Verwalter der Anstaltsökonomien klagen bezeichnenderweise, daß die Menge des Speiseüberbleibsels und des an sie abzugebenden Spülichts um die Hälfte bis zwei Drittel abgenommen hat! „Daß die Kost zureichend und den Forderungen der Ernährungstherapie entsprechend war, zeigten die in allen Anstalten regelmäßig vorgenommenen Wägungen der Verpflegten!“

Die Verhütung von Infektionskrankheiten in den Irrenanstalten ist Gegenstand unserer steten Sorge und Fürsorge. Es ist aufs tiefste ergreifend, wenn jemand in der Anstalt, anstatt die gesuchte Heilung von Geisteskrankheit zu finden, von einer anderen Krankheit tückisch befallen und vielleicht sogar dahingerafft wird. Ich brauche hier nicht weiter auszuführen, daß unsere Kranken oft aus denkbar unhygienischsten privaten Verhältnissen kommen oder aus Krankenhäusern, wo auch infektiöse Kranke verpflegt werden, und daß dadurch die Einschleppung ansteckender Krankheiten schwer zu verhindern ist, daß aber das Umsichgreifen einer eingeschleppten Krankheit bei der meist sehr hohen Bevölkerungsdichte der Anstalten und dem Charakter vieler Kranker außerordentlich begünstigt wird. In der Errichtung von besonderen Häusern für epidemische Erkrankungen sind nun während der letzten Jahre in einigen Ländern recht erfreuliche Fortschritte gemacht worden. Besonders einige Anstalten in den Vereinigten Staaten Nordamerikas bieten darin Beachtenswertes. Vor neue und schwierige administrativ-hygienische Fragen sind wir gestellt seit der Entdeckung, daß der Typhus, der recht oft in Anstalten auftaucht, häufig durch sogen. Bazillenträger verbreitet wird. So gelang es z. B. auch in der rheinischen Provinzialirrenanstalt Andernach, im Jahre 1905 die Typhusepidemie auf Bazillenverbreitung durch eine seit Jahren in der Anstaltsküche beschäftigte ältere Person zurückzuführen, welche Bazillenträgerin ist, die aber sowohl in subjektiver wie objektiver Beziehung gesund war. Es steht ja bekanntlich fest, daß Personen, welche Typhusbazillen im Darm beherbergen, nicht selbst typhuskrank zu sein brauchen, ja daß, wenn sie krank sind, nicht Typhus vorzuliegen braucht; ferner ist beobachtet worden, daß Kranke, bei denen Typhusbazillen im Blute nachgewiesen wurden, nicht

an Typhus litten, sondern an einer anderen Krankheit. Da nun der noch immer zuverlässigste Nachweis, die Widalsche Blutserumreaktion, in der ersten Woche des Typhus noch im Stiche läßt, so ist die frühzeitige Diagnose des Typhus oft unmöglich. Dazu kommt, daß, da manchmal schon bei geistig Gesunden der Typhus ganz milde und fast unmerkbar verläuft, stumpfe oder benommene Geisteskranke, wenn sie an solch leichtem Typhus erkranken, überhaupt nichts Verdächtiges bieten. Es erwächst also eine umfangreiche diagnostische Arbeit beim Ausbruch einer Typhusepidemie in Irrenanstalten; für die Prophylaxe wird die Arbeit noch größer, da die Dejektionen sämtlicher Anstaltsinsassen untersucht werden müssen, wenn die Prophylaxe eine gründliche sein soll. So wurde es z. B. gehandhabt in der Provinzialirrenanstalt zu Bunzlau, in welcher seit Jahrzehnten vereinzelte oder gruppenweise Typhuserkrankungen vorkamen und die Fäzesuntersuchungen das Vorhandensein von 16 Typhusbazillenträgern (2 männlichen und 14 weiblichen) ergaben. Für die weiblichen Bazillenträgerinnen wurde ein Absonderungshaus errichtet, welches so angelegt ist, daß dabei dem psychischen Zustand und Verhalten der Kranken völlig Rechnung getragen werden kann. Da neuerdings nachgewiesen worden ist, daß Personen auch nach überstandener Ruhr noch jahrelang Dysenteriebazillen ausscheiden und daher eine Infektionsquelle darstellen*), und da die Ruhr ebenfalls häufig in den Irrenanstalten vorkommt, so ergibt sich für die Irrenanstalten eine weitschauende Perspektive für eine prophylaktische Tätigkeit und für umfangreiche sanitäre Vorkehrungen.

Die Frage der Entlohnung der arbeitenden Anstaltspfleglinge wird seit einiger Zeit wieder eingehender diskutiert. Sie ist nicht neu; schon in den Anfängen der modernen Irrenpflege wurde sie ventiliert. 1827 bereits hat Esquirol**) die Beschäftigung der Kranken mit der Begründung empfohlen, daß dieselben sich für die Zukunft etwas erwerben und mit einer kleinen Geldsumme fortgehen können, und im Guislainschen Reglement von 1851 wird auch gesagt, daß die arbeitenden Kranken eine kleine Belohnung erhalten sollen. Seit langem werden auch in Illenau Arbeitsentlohnungen gezahlt. Neuerdings sind sie in der Anstalt Dösen bei Leipzig eingeführt.

*) Küster, Ein Dysenteriebazillenträger. Münch. med. Wochenschrift, 1908, 1. September, Nr. 35.

**) Siehe bei Hegar, Über Arbeitsentlohnung in unseren Irrenanstalten. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1906, S. 825.

Medizinalrat Dr. Fischer in Wiesloch (Baden) hat im eben erschienenen Jahresbericht der ihm unterstellten Anstalt eine Wertberechnung der von den Kranken geleisteten Arbeit aufgestellt. Diese neue Anstalt hatte im Jahre 1907 einen Höchstbestand von 450 Patienten am Ende des Jahres; der Bestand am 1. Januar 1907 betrug 313. Der Prozentsatz der beschäftigten männlichen Kranken betrug durchschnittlich 51%; 24% konnten als brauchbare, selbständige Arbeiter bezeichnet werden; von den Frauen waren ebenfalls durchschnittlich 51% beschäftigt. Fischer berechnet den Wert der Arbeit pro Jahr auf 24753 M. Die geleistete Arbeit erstreckt sich auf Landwirtschaft, Gärtnerei, Handwerk und Hauswirtschaft. Dieser Summe stehen an Gegenleistungen 12490 M. (für Kostaufbesserung 9785 M. und für Belohnungen und Geschenke 2705 M.) gegenüber, so daß immer noch 12263 M. verbleiben. Fischer befürwortet sehr eine Erhöhung der Vergünstigungen und Arbeitsentlohnungen für die arbeitenden Kranken, wenn er es auch als selbstverständlich bezeichnet, daß bei der Beschäftigung der Kranken das rein ärztliche Moment immer ausschlaggebend sein muß. Dadurch wird bei den Pfleglingen die Lust an der Arbeit gesteigert, die Stimmung und Zufriedenheit gehoben werden. — Ich brauche im Kreise von Fachmännern diesen Gegenstand nicht weiter zu erörtern und möchte ihn nur dem erneuten Interesse des Kongresses empfehlen.

Daß die Unterbringungs- und Verpflegungsweise der hilfsbedürftigen, unbemittelten Geisteskranken einer unausgesetzten Kontrolle seitens der Staatsbehörden bedarf, dafür gibt es in Paris ein Beispiel, glücklicherweise zugleich ein erfreuliches Beispiel der Energie, mit welcher Mißstände abgeschafft werden. Der französische Minister des Innern hat im Januar dieses Jahres einen Erlaß an die Präfekten gerichtet etwa folgenden Inhalts: Die mit Geisteskranken besetzten Quartiers d'hospice haben in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen; ihre Bevölkerung ist meist beträchtlich, und sie bilden in Wirklichkeit wahre öffentliche Irrenanstalten, ohne leider alle diejenigen Garantien zu bieten, welche man in letzteren finden oder schaffen kann. Die Hospize mit ihrem kommunalen Charakter entziehen sich der direkten Kontrolle des Conseil general, sie sind abhängig von einer Verwaltungskommission, welche durch ein Gefühl exzessiven Lokalpatriotismus verleitet werden kann, Profit aus den Geisteskranken zu ziehen, deren Departement die Verpflegung bezahlt, und die Lasten des übrigen Teils des Etablissements zu verringern. Es ist leider nicht übertrieben zu sagen, daß zu oft

die Geisteskranken im Quartier d'hospice weniger als Kranke betrachtet werden, welche wegen ihres Elends Anspruch auf ein humanes Wohlwollen haben, sondern als Klienten des Departements, aus denen man Gewinn zu ziehen sucht. Es ist hinzuzufügen, daß die Ärzte der Geisteskranken des Quartiers, welche die Interessen ihrer Kranken vor der Verwaltungskommission verteidigen wollten und sollten, sich in einer sehr mißlichen Lage befinden, weil sie selbst in sehr weitem Maße von dieser Kommission abhängig sind. Der Minister beauftragt daher die Präfekten, daß sie schleunigst die Aufmerksamkeit der Departementsbehörde auf diese ernste und heikle Frage richten und sie zur Bildung einer Spezialkommission einladen zwecks Überwachung und eventueller Wahrnehmung der Interessen der in den Hospices untergebrachten Geisteskranken. Diese Kommission hat zahlreiche unerwartete Revisionen vorzunehmen, die materielle und moralische Lage der Geisteskranken zu prüfen, desgleichen Menge und Art der Beköstigung, die Qualifikation der Ärzte und des Pflegepersonals, und sie hat dem Conseil general jährlich Bericht zu erstatten. — So der französische Minister des Innern. Es ist also wirklich keine fixe Idee der Psychiater, sondern es beruht auf Erfahrungen, die immer wieder gemacht worden sind, wenn wir nämlich eine Unterbringung der unbemittelten Geisteskranken in öffentlichen, staatlichen Anstalten fordern.

Dieser Punkt läßt mich auf die belgische Irrenpflege zu sprechen kommen. In Belgien stehen für die Zwecke der öffentlichen Irrenfürsorge bekanntlich drei Arten von Anstalten zur Verfügung: 2 Staatsanstalten und eine staatliche Kolonie, eine provinzielle Kolonie, 6 Anstalten, die zu Hospizen gehören, und 48 Privatanstalten. Abgesehen von den erstgenannten und dem Hospice Guislain und 3 anderen Anstalten, wohnen die Ärzte außerhalb der Anstalten und die meisten üben Privatpraxis aus. Es befindet sich daher auch nachts kein Arzt in der Anstalt. Es gibt Anstalten mit 500 bis 600 Geisteskranken, wo die Chefärzte und die médecins-adjoints in einer anderen Kommune, mehrere Kilometer entfernt, wohnen. Die médecins-adjoints werden von den Chefärzten bezahlt; es werden daher nur sehr geringe Leistungen von ihnen gefordert. Manche gehen nur dreimal wöchentlich in die Anstalt und jedesmal nur auf 30 bis 40 Minuten. Die Regelung der Gehaltsbezahlung, im Gesetz von 1873 in Aussicht genommen, läßt noch heute auf sich warten. Es kam wiederholt vor, daß Chefarztstellen mit Ärzten ohne praktische psychiatrische Vorbildung besetzt wurden. Das wissenschaftliche Leben ist in solchen Anstalten natürlich fast Null. Die Gestaltung der Beköstigung, die Bekleidung, die Bettlagerung, die Hygiene, die Ökonomie ist dem ärztlichen Einfluß entzogen. Der letztere fehlt sogar bei der Auswahl und Anstellung des Pflegepersonals. Selbst bei den Staatsanstalten müssen die ärztlichen Direktoren dasjenige Personal annehmen, das ihnen die Korporationen zuschicken. Ja, sie kennen dieselben oft nicht einmal dem Namen nach. Sie haben ihre Fähigkeit nicht zu prüfen, und Anträge auf Abberufung ungeeigneten Personals sind ohne Wirkung. In den meisten Anstalten können die Ärzte deshalb keinen Einfluß auf das Personal ausüben, weil sie selbst sich zu kurze Zeit in der Anstalt aufhalten. Im Jahre 1907 hat man in einigen Anstalten mit der Ausbildung des Pflegepersonals angefangen, freilich sehr mangelhaft, und erst notgedrungen, nachdem man in einer Anstalt diplomiertes holländisches Personal angestellt hatte. Es darf bezweifelt werden, ob trotz eines dahinzielenden Ministerialerlasses von 1907 stabile Nachtwachen überall eingeführt sind. Mechanische Beschränkungen sind noch sehr häufig im Gebrauch; sie sollen regelmäßig in ein Register eingetragen werden, sie werden aber häufiger angewandt als eingetragen. Professor Dr. J. Crocq in Brüssel hat diese Verhältnisse auf dem III. Kongreß belgischer Neurologen und Psychiater in Antwerpen im September vorigen Jahres recht eingehend dargetan; er erwähnt unter anderem: Der Arzt besitzt dort in Wirklichkeit keine Autorität. Er trägt täglich in einem ad hoc angelegten Register diejenigen Kranken ein, bei welchen mechanischer Zwang angeordnet ist. Wenn er fort ist, beeilt man sich, alle unangenehmen erregten Kranken, welche eine aktive Überwachung durch zahlreiches Personal benötigen würden, in die Zwangsjacke, in die Zelle zu stecken oder ans Bett zu binden. Will der Arzt das Personal zur Verabfolgung von prolongierten Bädern, nassen Packungen, Gymnastik u. dgl. verwenden, so heißt es, daß das Personal dazu nicht Zeit hat. Nur einmal im Jahre findet eine amtsärztliche Revision der Privatanstalten statt, deren Besitzer einen jährlichen Gewinn von ca. 1 000 000 Francs aus der öffentlichen Irrenpflege ziehen, obgleich der Verpflegungssatz nicht 1 Francs 40 Centimes in den meisten Anstalten erreicht; manche Privatanstalten machen von 1,40 Francs 50 Centimes übrig. Es sollte darüber gewacht werden, daß diese Anstalten das ihnen für die Kranken gewährte Verpflegungsgeld nur für diese verwenden.

Die hier kurz skizzierten Verhältnisse der belgischen Irrenfürsorge werden seit Jahrzehnten nicht

nur von der Mehrzahl der belgischen Irrenärzte beklagt, sondern auch von administrativer Seite — ich erwähne nur die Minister Lejeune und Begerem —, von mehreren Gouverneuren und Deputierten. Ja es handelt sich dort nicht nur um eine gewisse Rückständigkeit. Wir haben sogar den Rückgang einer der schönsten Einrichtungen zu beklagen, deren sich die belgische Psychiatrie rühmen durfte: die Existenz der großartigen Familienpflege in Gheel scheint gefährdet; trotz der erheblichen Zunahme der Geisteskranken in Belgien und der Vermehrung der Anstalten geht die Zahl der Überweisungen von Pfleglingen nach Gheel merklich zurück. Ich bin der Meinung, der Internationale Kongreß sollte sich bei seiner jedesmaligen Wiederkehr zum eindringlichen und nachhaltigen Echo der Klagen der belgischen Irrenärzte machen so lange, bis die belgische Irrenpflege nach modernen Grundsätzen reformiert ist.

Da wir in der Psychiatrie aber von der Isolierung nicht viel halten, so will ich auch die belgische Irrenpflege mit ihrer Rückständigkeit nicht allein sein lassen und erwähnen, daß in Irland noch 13% der Geisteskranken in Arbeitshäusern untergebracht sind; vor 20 Jahren waren es noch 25%; es ist also wenigstens ein Fortschritt zu verzeichnen. Nach der Schilderung der irischen Aufsichtsbehörde ist die Unterbringungsart in den meisten dieser elf Arbeitshäuser eine recht traurige, in Sligo soll sie geradezu schauervoll sein, und die Aufsicht und Reinlichkeit soll alles zu wünschen übrig lassen. Und was Spanien anlangt, so will ich die Klagen des Dr. Caroleu*) hier nicht wiederholen, z. B. über die kaum glaubliche Ignoranz des Pflegepersonals, dagegen läßt eine Mitteilung in der Mai-Nummer der Revista Frenópatica Espanola, 1908, tief blicken, wonach zum zweiten Male in weniger als einem Jahre der Versuch, die Stelle des ärztlichen Direktors an der neuen Provinzialanstalt von Gerona zu besetzen, scheiterte, weil die zwei Bewerber den gestellten Anforderungen psychiatrischer Ausbildung nicht genügten!

Über die Weiterentwicklung der Familienpflege darf ich mich wohl kurz fassen, da sie auf dem Mailänder Kongreß so eingehend behandelt worden ist. Sie macht überall zum Teil recht erfreuliche Fortschritte, und als ein Beispiel dafür, wie schnell bei dem erforderlichen Interesse und bei geeigneter Bevölkerung sie sich einrichten läßt, führe ich nur die Familienpflege in Dicsöszentmärton in Ungarn an; dort begann sie am 15. August 1905 mit 15 Kranken und am 1. April 1907 betrug die Zahl der Familienpfleglinge bereits 170. Die Durchsicht der Anstaltsjahresberichte des Jahres 1907 ergibt, daß wiederum eine Reihe von Anstalten mit der Einrichtung der Familienpflege vorgegangen ist.

*) Journ. of Ment. Science, April 1908, S. 415.

Mehr im Vordergrund der irrenärztlichen wie administrativen Bestrebungen steht gegenwärtig — sozusagen — das Gegenstück zur Familienpflege: die Verwahrung der geisteskranken Verbrecher. Es wird Ihnen gewiß bekannt sein, daß die Gesellschaft italienischer Irrenärzte die Unterbringung solcher Kranken in den Gerichtsirrenanstalten (Manicomi Giudiziari) empfohlen hat (XIII. Kongreß der Gesellschaft italienischer Irrenärzte, 1907, 4. Oktober), und daß der Entwurf des französischen Irrengesetzes (§ 38) die Errichtung solcher Anstalten durch den Staat ins Auge faßt. Auch in Deutschland drängt man zur Errichtung besonderer Häuser für gemeingefährliche Geisteskranke, und es sind in letzter Zeit in Preußen mehrere errichtet worden. Diese Kategorie unserer Pfleglinge hat aus zwei Gründen in den letzten Jahren so erheblich zugenommen: 1. Bei Verbrechern wird heute eher als früher Geisteskrankheit erkannt; 2. je mehr die Irrenanstalt den Charakter einer Krankenanstalt angenommen hat, desto mehr erweisen sich jene Elemente als ungeeignet für die gewöhnliche Irrenanstalt und desto mehr wird ihre Unterbringung in eine Spezialanstalt gefordert. Aber auch in solchen Spezialanstalten bereiten sie die größten Schwierigkeiten, Schwierigkeiten, wie sie schlimmer in Zuchthäusern auch nicht vorkommen. Doch kann dies nur denjenigen überraschen, der nicht glauben will, daß im Gehirn neben Wahnsinn die ärgste Verbrechertechnik bestehen kann. Zur Illustration möge der Aufruhr in der Staatsanstalt für geisteskranke Verbrecher in Dannemora in Nordamerika dienen, ein Ereignis, das in europäischen Fachkreisen bisher kaum bekannt geworden ist.

Der Ausbruch fand am 21. August 1907 statt; er war ebenso listig ausgedacht wie kühn unternommen. Es herrschte unter den 320 Insassen völlige Ruhe bis Schlag 9 Uhr; ohne daß ein Signal gehört worden ist, stürzten sich fast alle Patienten, welche zum Schlafengehen aufgestellt waren, in zwei der großen Schlafsäle und schlugen den ihnen nachlaufenden Wärtern die Türen vor der Nase zu. Sie verbarrikadierten die Türen mit Betten und Möbeln und begannen die Gitter zu zertrümmern. Es wurden Wärter vor den Fenstern aufgestellt, welche schießen sollten, sobald ein Insasse Arme oder Hände herausstreckte. Als man versuchte, die Ausbrecher mit der Feuerspritze zu vertreiben, verlegten sie die

Fenster mit Matratzen und fuhren fort, mit den eisernen Bettpfosten die Eisenstangen aus dem Mauerwerk zu reißen. Erst als ein Patient durch einen Gewehrschuß getötet und nachdem Einwohner aus der Stadt und Gefängniswärter zu Hilfe gekommen waren, wurde man Herr des Aufruhrs. — Die Gefährlichkeit der Anhäufung vieler solcher Elemente in großen Sälen ergibt sich deutlich aus diesem Ereignis.

Obgleich die Therapie nicht eigentlich zu meinem Thema gehört, so will ich doch wenigstens einige allgemeine Bemerkungen hierüber einflechten. Die Anwendung der physikalischen Heilmethoden findet fortgesetzt bei Geisteskranken Verbreitung. Zwar hat die Praxis ergeben, daß der Heilwert der Dauerbäder ein sehr fraglicher, vielleicht gleich Null ist, dagegen wird ihr Nutzen bei der Pflege mancher, glücklicherweise vereinzelter siecher, unreiner und unsozialer Kranker mit Recht hoch veranschlagt. Ich darf heute vielleicht die Erinnerung daran auffrischen, daß hier in Wien vor jetzt 25 Jahren Kaposi dem sogen. Wasserbett zu seinem Bürgerrecht in der Medizin verholfen hat. Anders steht es mit den prolongierten Bädern, schon 1845 und früher von L. Türk in Plombières, in anscheinend etwas exzessiver Ausdehnung, angewendet, von Brierre de Boismont 1848 auf das richtige Maß, 6 bis 14, gewöhnlich 6 bis 8 Stunden, zurückgeführt. Für die prolongierten, d. h. mehrstündigen Bäder hat jedoch nicht nur die Praxis unzweifelhafte Erfolge festgestellt, sondern auch durch das psychometrische Experiment sind Wirkungen nachgewiesen, welche für die Heilung günstige Bedingungen darstellen. Ich erinnere nur an die psychologischen Untersuchungen von Busch und Plaut in München.

Als neuester Fortschritt in der Anstaltshydrotherapie ist die Aufstellung der Badewannen für prolongierte Bäder im Freien zu verzeichnen. In der Leipziger städtischen Heilanstalt Dösen und in der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen hat man im Sommer vorigen Jahres angefangen, Kranke die Bäder im Garten nehmen zu lassen.

Neuerdings scheint auch die Elektrotherapie bei der Behandlung der psychischen Erkrankungen wieder mehr Eingang zu finden. In der Irrenanstalt Yorkshire in West-Riding, Wakefield, wurde Besserung bezw. Heilung durch Sinusoidalbäder und statische Bäder erzielt bei akuter Manie, bei Erschöpfungspsychosen, akuter Melancholie und besonders bei Stupor, wie der Jahresbericht der Anstalt mitteilt. Andererseits findet man im Bericht des Manhattan State Hospital, Wards Island, die interessante Notiz, daß dort ein ausgebildeter Masseur täglich beschäftigt ist. Man verwendet dort die Massage besonders bei schlaffer Zirkulation und mangelhaftem Stoffwechsel neben prolongierten Bädern, feuchten Einwicklungen und Duschen aller Art. Im Massillon State Hospital hat man einen Zahnarzt engagiert, der Röntgenaufnahmen von den Zähnen macht, um den Einfluß von Zahnkrankheiten auf Geistesstörungen festzustellen und eventuell eine Behandlung der Zähne einzuleiten. In der Anstalt Bloomingdale (White Plains) hingegen verwendet man seit zwei Jahren spezielle Sorgfalt auf die Ermittlung der psychischen Ursachen mancher Formen von Geistesstörung, auf unausgeglichene Affekte und seelische Konflikte mit ihren eigenartigen Reaktionen und verfehlten psychischen Anpassungsversuchen, die unter dem verworrenen Gewebe psychischer Symptome verborgen sind, — kurz eine seelische Analyse, deren Grundlinien, Fundamente und reichen Ausbau wir einem Wiener, Professor Freud, verdanken, und die in Bleuler, Jung u. a. so hervorragende Förderer gefunden hat.

Überhaupt gewinnt man aus den Berichten nordamerikanischer Irrenanstalten den Eindruck, daß dort nichts weniger als therapeutischer Pessimismus herrscht und nichts für die Heilung der Geisteskranken unversucht gelassen wird. Sogar die alte Farbenkur ist in Illinois wieder in Brauch gekommen. Man bringt Melancholische in Zimmer mit rot getünchten Wänden und rotem Licht, Aufgeregte setzt man der Einwirkung blauen Lichts aus oder bringt sie in Räume mit schwarzen Wänden, schwarzen Vorhängen und schwarzem Bett! Wenigstens ist eine solche Notiz vor ein paar Wochen aus der „Human Review" aus einer Schilderung von E. Bury in die deutsche Presse übergegangen.*) Jedenfalls sind solche Versuche, wenn sie nicht schaden, durchaus lobenswert.

Ich bin der Ansicht, daß schon aus ökonomischen Gründen, d. h. in Anbetracht der ungeheuren finanziellen Opfer, welche die Pflege der unzähligen Unheilbaren erfordert, staatlicherseits viel mehr Geldmittel als bisher zu therapeutischen Studien, insbesondere Stoffwechsel-, Blut- etc. Untersuchungen, ausgeworfen werden sollten. Da Herr Prof. Pilcz eingehender über einige neuere Heilmethoden hier zu berichten beabsichtigt, will ich mich auf diese kurzen Bemerkungen beschränken.

Absichtlich habe ich Sie in meinem Referat nicht mit Zahlen über den zunehmenden Umfang der Irrenpflege, mit Aufzählung der in den letzten Jahren

*) „Kölnische Zeitung", 15. Aug. 1908, „Post", 15. Aug. 1908, etc.

neuerbauten Anstalten belästigen wollen. Es ist ja bekannt, daß die absolute Zunahme der Geisteskranken eine sehr erhebliche, die relative sogar eine beunruhigende ist, und daß man die relative Zunahme durch äußere Momente zu erklären sich bemüht.

In diese traurige Statistik über die fortschreitende relative Zunahme der Geisteskranken beginnt nun endlich hier und da ein freundlicher Hoffnungsstrahl zu fallen. So berichtet die Londoner Grafschaftsbehörde, daß die Zahl der in Anstaltsbehandlung befindlichen Geisteskranken in der Grafschaft London am 1. April 1907 37 weniger war als am 1. Januar 1907. Diese Behörde meint, daß, da die Dichte der Bevölkerung und der Bevölkerungsbezirk ihre Grenzen haben, die Zeit kommen wird, wo die Hochwasser-Marke der Einwohnerschaft erreicht sei, und daß dies auf den Umfang der Irrenpflege von Einfluß sein wird. Die Commissioners in Lunacy for England and Wales konstatieren, daß die Zunahme der zertifizierten Geisteskranken in diesem Bereich im Jahre 1906 nur 2009 war, während der durchschnittliche jährliche Zuwachs im letzten Quinquennium 2655, im letzten Dezennium 2462 betrug. Auch die schottische Aufsichtsbehörde ist in der glücklichen Lage, in ihrem Bericht nachweisen zu können, daß trotz erheblich zunehmender Bevölkerung 1906 nur 3370 Kranke in Anstalten registriert wurden gegenüber 3449 i. J. 1905 und 3660 i. J. 1902. Aber auch die Zahl der nicht in Anstalten untergebrachten Geisteskranken fiel von 62,8 zu 100000 Einwohnern auf 54,3 im Jahre 1906. In 18 Grafschaften fand eine Abnahme in der Zahl der Geisteskranken statt, und zwar nicht nur in solchen mit stationärer oder fallender Bevölkerung, sondern auch in solchen mit dichten und wachsenden Industriezentren; durch die fünfzehn übrigen Grafschaften wurde diese Abnahme zwar mehr als ausgeglichen, aber hauptsächlich durch die Bezirke Edinburg, Lamark, Renfrew und Stirling mit rapid wachsender Bevölkerung, wobei die Zunahme der Geisteskranken eine natürliche ist. Auf 100000 Einwohner kamen am 1. Januar 1906 363 Geisteskranke (private und arme zusammen gerechnet), am 1. Januar 1907 362. Dies ist seit 1858 das erste Jahr, in welchem eine Abnahme der Geisteskranken in Schottland stattfindet. Endlich berichtet auch die Aufsichtsbehörde über das Irrenwesen Irlands von einer erheblichen Abnahme schon seit 1903, und zwar einer stärkeren Abnahme, als der Abnahme der Bevölkerung entspricht. Das Verhältnis der erstmaligen Aufnahmen zu 100000 Einwohnern war im Jahre 1902 71,5, im Jahre 1906 62,9, sie fielen von 3173 auf 2763. Diese Art der Statistik, die ausschließliche Feststellung des Verhältnisses der erstmaligen Aufnahmen zur Bevölkerung, erscheint die beste und zuverlässigste, und wenn auch das erfreuliche Resultat erst einen kurzen Zeitraum betrifft, so berechtigt es doch zu der Hoffnung, daß es von Dauer sein und auch in anderen Ländern bald anzutreffen sein wird.

Gestatten Sie mir, nun noch aus der so überaus sorgfältigen englischen Statistik einige Zahlen anzuführen, die auf den ersten Blick trocken und theoretisch erscheinen, die aber für eine vernünftige, auf die Zukunft bedachte Berechnung der Zahl der notwendigen Anstaltsplätze und für den Umfang der erforderlichen Neubauten eine wichtige, unentbehrliche Grundlage abgeben. Es zeigte sich nämlich, daß von den Aufnahmen innerhalb eines Jahres 46,8% länger als ein Jahr in der Anstalt bleiben, 35,6% länger als 2 Jahre, 14,4% länger als 12 Jahre und 6% länger als 20 Jahre. Von den Geheilten blieben 88,8% bis 2 Jahre in der Anstalt, von den Gestorbenen starben 48,5% innerhalb des ersten Jahres nach der Aufnahme.

Ich bin am Ende meines Berichts angelangt. Ob bei dem weiten Umfang des Gebiets der Irrenpflege und bei dem gebotenen Maß der Zeit ich in Beschränkung und Auswahl das Richtige getroffen habe, sei Ihrem nachsichtigen Urteil überlassen. In guter Absicht aber bin ich davon abgestanden, die hervorragenden Fortschritte des Landes Niederösterreich in den Bericht einzubeziehen; ich nenne nur die so gedeihliche Entwicklung der Familienpflege in Mauer-Öhling, die so vorzüglich gehandhabte Arbeitstherapie in den niederösterreichischen Anstalten, die schon seit 1869 bestehende segensreiche statutenmäßige Einrichtung der Arbeitsentlohnung an die Pfleglinge,*) die Einführung einer obligatorischen Ausbildung und Prüfung des Pflegepersonals, und die gewaltige neue Anstalt „am Steinhof", die großartigste Anstalt Europas, die mit allem eingerichtet und versehen ist, was die Gegenwart bietet und fordert, die reizend gelegene Kolonie Haschhof und anderes mehr. Ich habe es unterlassen, weil es wohl befremdet hätte, wenn ich als Gast dem Wirt vorgegriffen und Ihnen alles das, zu dessen Besichtigung er selbst Sie eingeladen hat, geschildert hätte. Auf Grund meiner persönlichen Kenntnis der niederösterreichischen Anstalten weiß ich, daß man dort viel Vorzügliches und Lehrreiches sieht und die allerbesten Eindrücke mitnimmt.

*) Psych.-Neurol. Wochenschr., 1899, I, S. 442.

Mitteilungen.

— **Die Verbesserung des Einkommens der Königl. Sächs. Irrenärzte.** Im Königreich Sachsen haben Regierung und Landtag das Einkommen der Staatsbeamten vor kurzem neu geregelt. Die Gehaltsverhältnisse der Ärzte an den staatlichen Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke bezüglich für Epileptische werden vom 1. Januar 1909 ab in folgender sehr dankenswerter Weise verbessert sein:

Hilfsärzte erhalten in der Regel jährlich 2400 M., welcher Betrag unter besonderen Verhältnissen bis auf 3600 M. gesteigert werden kann. Für Wohnung in der Anstalt haben je nach der Ortsklasse (unverheiratete) Hilfsärzte 4 bis 7% ihres Gehalts zu bezahlen; Licht und Heizung sind im Wohnungsgeld nicht inbegriffen. Den Hilfsärzten steht es frei, von der Anstalt Kost 1. Klasse (1,50 M. pro Tag) oder 2. Klasse (0,85 M. pro Tag) zu kaufen. Wohnungsgeldzuschüsse beziehen die Hilfsärzte nicht. Bewährt sich der Hilfsarzt, so wird er nach ein bis zwei Jahren als Anstaltsarzt angestellt. Außerhalb der Landesanstalten ausgeübte psychiatrische Tätigkeit kann ausnahmsweise bei der Anstellung angerechnet werden.

Anstaltsärzte sind Staatsdiener mit Pensionsberechtigung. Sie erhalten in der Regel 3600 M. Anfangsgehalt. Die Aufrückungsfristen sind dreijährig mit Stufen von je 600 M. bis zum Höchstgehalt von 7200 M. Für die Dienstmietwohnung, mit der soweit möglich ein Garten gewährt wird, ist je nach Höhe des Einkommens und Ortsklasse von Verheirateten 10 bis 15%, von Unverheirateten 4 bis 7% des Gehalts zu zahlen. Der Wohnungsgeldzuschuß beträgt je nach der Ortsklasse 300 bis 480 M.

Die älteren Anstaltsärzte können zu Stellvertretern des Direktors oder zu Direktoren ernannt werden, wenn sie die staatsärztliche Prüfung (dieselbe entspricht dem Kreisarztexamen) bestanden haben. Die Stellvertreter der Direktoren wie einige ältere Anstaltsärzte erhalten den Titel Anstaltsoberarzt.

Das Anfangsgehalt der Direktoren beträgt 7800 M. Dies Einkommen steigt alle drei Jahre um 600 M. bis zur Höhe von 9600 M. Für vier ältere Direktoren ist außerdem noch eine pensionsfähige Stellenzulage von 400 M. vorgesehen. Der Wohnungsgeldzuschuß ist der gleiche wie bei den Anstaltsärzten. Für die Dienstwohnung ist je nach der Ortsklasse 13 bis 15% des Gehaltes zu bezahlen. Den Direktoren wird in der Regel der Titel Medizinalrat (4. Hofrangordnung) verliehen. Ältere Direktoren können einen höheren Rang erhalten, wie z. B. dem gegenwärtigen Direktor der Heil- und Pflegeanstalt zu Sonnenstein der Titel und Rang als Geheimer Rat (2. Hofrangordnung) verliehen ist. Die Direktoren der Heil- und Pflegeanstalten sind zugleich Anstaltsbezirksärzte; sie üben die bezirksärztlichen Funktionen im Bereich der Anstalt aus und erstatten die gerichtsärztlichen Gutachten über die in der Anstalt verpflegten Kranken.

In der Regel werden die ärztlichen Stellen an den Landesstraf- und an den Landeserziehungsanstalten aus der Reihe der Ärzte der staatlichen Heil- und Pflegeanstalten besetzt.

Der Besuch von wissenschaftlichen Versammlungen wird den Ärzten nach Maßgabe der vorhandenen Mittel durch Gewährung von Reisekosten und Tagegeldern erleichtert. G. Ilberg.

— **Die XXXIX. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte** wird am 7. und 8. November in Karlsruhe im großen Saale des Hotels Germania abgehalten werden.

Die erste Sitzung findet Sonnabend, den 7. November, nachmittags $2^1/_4$ Uhr, die zweite Sonntag, den 8. November, vormittags 9 Uhr statt.

Auf die erste Sitzung folgt nachmittags 6 Uhr ein gemeinschaftliches Essen im Hotel Germania. (Daselbst sind auch Zimmer zum Übernachten in genügend großer Anzahl reserviert.)

Für den Nachmittag des 8. November ist eine Besichtigung der Irrenabteilung des Landesgefängnisses in Bruchsal geplant.

Die unterzeichneten Geschäftsführer laden hiermit zum Besuche der Versammlung ergebenst ein.

Tages-Ordnung.

I. Referat: „Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher". Referenten: Dr. Stengel (Bruchsal) und Dr. Hegar (Wiesloch). Thesen siehe unten.

II. Vorträge:

1. Med.-Rat Dr. Barbo (Pforzheim): Osteomalacie bei Geisteskranken.
2. Geh.-Rat Dr. Hoche (Freiburg):
   a) Der Entwurf des badischen Irrengesetzes;
   b) Die Reform der Strafprozeßordnung.
3. Med.-Rat Dr. Fischer (Wiesloch): Neue Aufgaben der Psychiatrie in Baden.
4. Privatdozent Dr. Merzbacher (Tübingen): Weitere Untersuchungsergebnisse über eine eigenartige familiäre Erkrankung des Zentralnervensystems (mit Demonstrationen).
5. Dr Neumann (Karlsruhe): Über psychogene Bulimie.
6. Privatdozent Dr. Hellpach (Karlsruhe): Seelische Ansteckung.
7. Dr. Friedmann (Mannheim): Beitrag zur Lehre von den Psychosen des Kindesalters.
8. Privatdozent Dr. Pfersdorff (Straßburg): Über eine Verlaufsart der Dementia praecox.
9. Dr. Haymann (Freiburg): Neuere Brompräparate in der Epilepsiebehandlung.

Die Geschäftsführer:

Neumann (Karlsruhe). Oster (Illenau).

Thesen von Dr. Hermann Stengel-Bruchsal und Dr. August Hegar-Wiesloch.

I. Geisteskranke Gefangene müssen möglichst frühzeitig aus dem geordneten Strafvollzug ausscheiden und psychiatrischer Behandlung zugeführt werden.

Dieser Forderung wird am besten entsprochen durch Angliederung von Irrenabteilungen an Strafan-

stalten, durch sogenannte Strafanstaltsannexe, in deren günstigen Aufnahmebedingungen ihr Hauptwert liegt.

II. In diese Strafanstaltsannexe sollen nur die im Strafvollzug geistig Erkrankten aufgenommen werden, während die mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommenen, aber nicht verurteilten Kranken Verpflegungsobjekte für die allgemeinen Irrenanstalten bleiben.

III. Die Strafanstaltsannexe sollen, soweit dies möglich ist, die Heilung der geisteskranken Sträflinge erzielen, sollen aber im übrigen keinen definitiven Verwahrungsort für die nicht geheilten Strafgefangenen darstellen, welche möglichst frühzeitig, spätestens aber mit Ablauf der Strafzeit in die für ihre dauernde Verwahrung allein in Betracht kommenden Irrenanstalten versetzt werden müssen.

IV. Die Zahl der aus den badischen Strafanstalten den Irrenanstalten zur definitiven Verwahrung überwiesenen Kranken ist nicht so groß, daß bei gleichmäßiger Verteilung auf die einzelnen Anstalten Schwierigkeiten bei ihrer Unterbringung erwachsen könnten.

Der größte Teil gehört zur Gruppe der Verblödungsprozesse und unterscheidet sich hinsichtlich der Verpflegung nicht von den nicht kriminellen Kranken mit gleicher Krankheitsform.

Der kleinere Teil gehört zur Gruppe des Entartungsirreseins und bedarf, da zur Entweichung neigend und in der Freiheit gefährlich, der sorgsamsten Verwahrung.

V. Von den in den Strafanstalten in großer Anzahl befindlichen psychisch Minderwertigen wird nur ein verhältnismäßig kleiner Teil psychotisch und bedarf psychiatrischer Behandlung; der weitaus größere Teil verträgt einen die Individualität berücksichtigenden Strafvollzug gut.

1. Bei den in den badischen Irrenanstalten untergebrachten Geisteskranken, die sich gegen die Strafgesetze vergangen haben, handelt es sich um zwei Gruppen:

a) eine kleinere Anzahl, bei denen Kriminalität und Psychose nicht im Zusammenhang stehen, oder bei denen die Kriminalität in direkter Kausalwirkung aus der (meist exogen entstandenen) Psychose entspringt.

b) Bei der größeren Mehrzahl beruht die Kriminalität:

z. T. auf einem durch hereditäre Faktoren entstandenen Defekt- oder Krankheitszustand oder einer in ihren Ursachen noch nicht bekannten individuellen psychopathischen Anlage,

z. T. auf einem meist in den Jünglingsjahren sich entwickelnden endogenen Krankheitsprozeß, bei dem das Verbrechen das erste und wesentlichste pathognostische Merkmal ist.

Die Einwirkung des Milieu ist nicht sicher nachzuweisen, ebenso ist in den meisten Fällen nicht wahrscheinlich, daß die Psychose eine Folge der aus der Kriminalität entstehenden Schädlichkeiten ist.

Nur Kranke der Gruppe b können in der Frage der Unterbringung größere Schwierigkeiten machen wie die Nichtkriminellen.

2. Bei der Unterbringungsfrage ist von einer Abtrennung der sogen. psychisch Minderwertigen bei der Unbestimmtheit der Abgrenzung und der damit verbundenen Unkenntnis ihrer Zahl abzusehen; die Behandlung kann sich auch bei den vielfachen psychotischen Zuständen derselben nicht von der in den Irrenanstalten geübten prinzipiell unterscheiden.

3. Die Versorgung der geisteskranken Rechtbrecher in Spezialanstalten bietet zurzeit noch große Schwierigkeiten, so daß dieselbe nur für größere Länder empfohlen werden kann. Es ist bei ihrer Errichtung mit einem raschen Anwachsen der Krankenzahl zu rechnen.

4. Die Errichtung von gesonderten Adnexen an Irrenanstalten mit Auswahl der gefährlichsten Kranken aus einem großen Aufnahmebezirk ist zu verwerfen.

5. Der weitaus größte Teil der geisteskranken Rechtbrecher unterscheidet sich in den Anforderungen an Unterbringung und Behandlung nicht von den nichtkriminellen Kranken; die von dem kleineren Teil ausgehenden Mißstände lassen sich verringern und erträglich machen durch folgende Maßnahmen:

a) Durch die regionäre Verteilung der Kranken auf möglichst viele Anstalten; diese Maßnahme muß allen anderen vorausgehen.

b) Durch Verteilung innerhalb der Anstalten und durch Anlage zweckmäßiger gesicherter Bauten oder Abteilungen, die in organischem Zusammenhang mit der Irrenanstalt bleiben müssen.

Personalnachrichten.

— **Hannover.** In dem Ärztepersonal der hannoverschen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten sind folgende Veränderungen vorgekommen: Als Assistenzarzt ist in den Dienst der hiesigen Provinzialverwaltung der Dr. med. Klemm bei der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Göttingen eingetreten. Aus dem Dienst der hiesigen Provinzialverwaltung ausgeschieden ist der Assistenzarzt Dr. med. Rein an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Langenhagen. Aus dem Dienst des Hannoverschen Prov.-Sanatorium für Nervenkranke Rasemühle ist Assistenzarzt Dr. Willige am 1. Oktober ausgeschieden, um als Assistenzarzt an die Universitätsnervenklinik in Halle a. S. überzusiedeln, Dr. med. Vix, vorher Assistenzarzt an der Universitätsnervenklinik in Göttingen, trat als solcher in den Dienst des Sanatoriums.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 32. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 828.

Nr. 32. 31. Oktober **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Streifzüge durch das Budget der n.-ö. Landesirrenanstalten.*)

Von Dr. *Jos. Starlinger*, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling.

Dieses Thema in der Hand eines Arztes mag Sie, meine Herren, einigermaßen überraschen, denn wir Ärzte gelten im allgemeinen als schlechte Rechenmeister und zweifelhafte Verwaltungsgrößen, und wenn Sie, meine Herren, in Österreich darüber eine Rundfrage veranstalten würden, so würden $^9/_{10}$ der Behörden ihnen das bestätigen, und das zehnte Zehntel würde vielleicht nur aus Courtoisie seine Zustimmung unterdrücken.

So wenig erhebend ein solches Renommée für uns sein mag und so wenig wir selbst dies zugeben können, überraschen darf uns dieser Ruf nicht sonderlich. Unsere Arbeit gehört eben der Medizin in erster Linie als Therapie, dann als Wissenschaft und als allgemein hygienischer und kultureller Faktor. Unsere literarische Tätigkeit bewegt sich naturgemäß auch zumeist in diesen Bahnen, wobei der Rechenstift nicht sehr an die Oberfläche tritt, und außerdem ist in Österreich Direktion und Administration öfters ganz getrennt, so daß man daher begreiflicherweise gerne zu der Anschauung geneigt scheint, daß den ärztlichen Direktoren das Verwaltungsprinzip überhaupt ganz fremd liegt, ja gleichgültig ist.

Daß dies ein Trugschluß ist, wissen wir Anstaltspraktiker nur zu gut, wir reden nur niemals davon, wie oft wir insgeheim den Rechenstift zur Hand nehmen, um die Paar Pöstchen, die unserer direkten Verantwortlichkeit unterstellt sind, möglichst gewinnbringend anzuwenden und auszunutzen.

Schon aus diesem Grunde, um zu zeigen, daß auch dem Arzte nicht notwendigerweise oder naturgemäß jedes Verwaltungsgefühl und Ökonomie fehlen müssen, dann um eine Reihe moderner Schlagworte und Anschauungen auf ihre Berechtigung zu prüfen, und namentlich auch zu untersuchen, inwieweit die modernen irrenärztlichen Bestrebungen für das Anstaltsbudget eine Änderung hervorgebracht haben oder hervorbringen, ob sie dasselbe in der Tat unverhältnismäßig belasten, und überhaupt, ob dasselbe im Verhältnisse zum ganzen Landeshaushalte unverhältnismäßig in die Höhe gegangen ist oder nicht, und endlich noch, ob es wahr ist, daß die moderne Irrenpflege, soweit für deren Ausbau der Arzt den treibenden Faktor bildet, bloß Kosten verursacht und Mehrauslagen erzeugt oder nicht selbst wieder sparen hilft, — aus diesen Gründen habe ich dieses Thema aufgenommen.

Vorausschicken will ich noch, daß für meine Ausführungen die Verhältnisse in Nieder-Österreich zur Grundlage genommen wurden, und daß sie auf größerem Ziffernmateriale beruhen, während ich im Vortrage selbst, um nicht zu ermüden, nur die unumgänglich notwendigen Zahlen vorbringe. Anfügen will ich auch, daß alle Zahlen amtlichen Berichten entnommen sind, also nicht erst für meinen Vortrag zusammengestellt wurden. Als Untersuchungsfeld wurde das letzte Vierteljahrhundert gewählt, soweit es rechnungsmäßig abgeschlossen vorliegt, das ist vom Jahre 1882 bis zum Jahre 1906.

Eines der gewöhnlichen Schlagworte über die moderne Irrenpflege bildet die Klage über die unverhältnismäßige Zunahme der Geisteskranken. Diese erscheint nicht unberechtigt, insofern nämlich, als das große Publikum in jüngster Zeit rasch aufeinanderfolgende Irrenhausbauten erlebte und in Verwaltungskörpern usw. von der starken Vermehrung der Geisteskranken und von der Überfüllung der Anstalten wiederholt und ausführlich berichtet wurde. Nicht immer aber wurden gleichzeitig die eigentlichen Ursachen genau beleuchtet, die dieses Ansteigen der in den Anstalten verpflegten Kranken mit sich brachte.

Was das Anwachsen der Anstaltsaufnahmen und

*) Vortrag am III. internationalen Kongreß für Irrenpflege. Wien, 6. bis 11. Okt. 1908.

die Zunahme der übrigen Geisteskranken anlangt, hatte die k. k. Statistische Zentralkommission in Wien die große Freundlichkeit, mir folgende Zahlen zur Verfügung zu stellen. Ende 1882 belief sich die Bevölkerung Nieder-Österreichs auf 2 392 392 und ist für Ende 1906 mit 3410574 anzunehmen. Die Bevölkerungszunahme beträgt also für das in Frage stehende Vierteljahrhundert rund 1 000000 Personen oder fast um die Hälfte mehr als vor 25 Jahren. An Geisteskranken und Kretins wurden im Jahre 1882 gezählt:

	Männer	Frauen	Summe
In den Anstalten	888	822	1710
Außerhalb der Anstalten	1219	1025	2344
Kretins	1026	842	1868
Summe	3133	2754	4922

Für das Jahr 1906 lauten die diesbezüglichen Zahlen:

	Männer	Frauen	Summe
In den Anstalten	2423	2266	4689
Außerhalb der Anstalten	1154	1115	2269
Kretins	774	563	1337
Summe	4351	3944	8295

Danach kommen im Jahre 1882 auf 1000 Personen der Bevölkerung 2,47 Geisteskranke und Kretins, im Jahre 1906 dagegen bloß 2,43. Zieht man nur Geisteskranke in Rechnung ohne die Kretins, so ergibt sich eine Erhöhung von 1,7 auf rund 2 pro Mille. Die Differenz ist auch für Geisteskranke allein nicht hoch und dürfte für die größere Zahl 1906 auch eine genauere Zählung in Anrechnung zu setzen sein.

Wie immer aber die Verläßlichkeit der statistisch bisher erhobenen absoluten Zahlen der Geisteskranken aufgefaßt wird, ihr Verhältnis von einst und jetzt dürfte nicht wesentlich dadurch tangiert werden, und man kann das eine sicher als Tatsache hinnehmen, eine wesentliche Vermehrung der Geisteskranken ist kaum anzunehmen, wenigstens nicht in dem Grade, daß dieselbe das Schlagwort von der unverhältnismäßigen Zunahme der Geisteskranken rechtfertigen dürfte, und eine hieraus gefolgerte Mehrbelastung des Budgets ableiten zu wollen, ist hinfällig. Die heutige Zahl der Geisteskranken in den Irrenanstalten Nieder-Österreichs ist in erster Linie und wohl zum großen Teile von der Populationsvermehrung als solche abzuleiten, also als natürliche Folge der Entwicklung zu betrachten, da durch den Bevölkerungszuwachs von über einer Million allein schon an die 1500 Geisteskranke dazukommen. Ein anderer Grund für die Vermehrung der Aufnahmen in den Irrenanstalten liegt in dem wachsenden Zutrauen zur Spitalsbehandlung überhaupt und zu den Spezialanstalten im besonderen, und davon kann man freilich die Ärzte nicht ganz freisprechen, aber ich glaube nicht, daß man daraus ein großes Schuldkonto für die Ärzte wird konstruieren wollen. Auch der Umstand, daß die unbequeme häusliche und Privatpflege immer mehr den öffentlichen Anstalten zugeschoben wird, ist nicht ohne Bedeutung.

Endlich ist durch die Übernahme der harmlosen Kranken in die Anstaltspflege ein nennenswerter Zufluß für die Behandlung in den Anstalten in Nieder-Österreich eingetreten, aber in diesem Falle wurde einfach die Last der Gemeinden durch die Last des Landes ersetzt, es wurden also hierdurch keine neuen Lasten geschaffen, sondern nur den Gemeinden eine solche abgenommen und der Allgemeinheit überantwortet.

Diese genannten Quellen bilden die Ursachen für die Zunahme der Geisteskranken und des absoluten Irrenbudgets, und in dieser spielen die von den Ärzten stammenden Anregungen kaum eine Rolle, sondern diese Zunahme ist aus einer, man darf wohl sagen, natürlichen Entwicklung hervorgegangen, und die Landesverwaltung mußte einfach diesen natürlichen Forderungen zweckentsprechend Rechnung tragen. Zudem ist nicht zu vergessen, daß die Zunahme der Pfleglinge in den Irrenanstalten sich keineswegs auf Landeskosten allein vollzieht. Es beweist dies der Umstand, daß im Jahre 1882 unter den in Wien und Klosterneuburg verpflegten Kranken 58%, während in den beiden Anstalten im Jahre 1906 nur 44% gänzlich dem Lande zur Last fallende Pfleglinge nachgewiesen waren.

Eine andere oft gehörte Äußerung bilden die angeblich riesigen Ausgaben für die Irrenpflege und deren unverhältnismäßiges Ansteigen. Hören wir, was die Wirklichkeit sagt. Im Jahre 1882 betrug das gesamte Landesbudget 11463856 K, die Auslagen für Irrenpflege beliefen sich damals auf 841330 K, das sind 7,4%, im Jahre 1906 betrug das Landesbudget 37502081 K, die Ausgaben für die Irrenpflege 2195630 K, also 5,8%, mit anderen Worten, auf die Steuerkrone entfielen im Jahre 1882 7,4 h, dagegen 1906 nur 5,8 h für die Irrenpflege. Diese Tatsache ist eine verblüffende angesichts des Umstandes, daß die Zahl der Betten in den Irrenanstalten von 1710 auf 4689 angewachsen ist, daß Lebenshaltung und Verpflegung in dem Vierteljahrhundert sich fast um das Doppelte gesteigert und verbessert haben. Das Schlagwort von der unverhältnismäßigen Steigerung der Kosten für die

Irrenpflege ist also vollkommen unrichtig und aus der Luft gegriffen. Tatsache ist vielmehr, daß das Irrenbudget heute gegen früher eine relative Herabsetzung zeigt. Das mag im ersten Moment überraschend klingen, und doch ist es so. Erklärt wird diese relative Reduktion der Kosten in Österreich auch wieder zu einem Großteile durch die bereits angeführte Populationsvermehrung und demnach größere Abgabenleistung sowie durch die erhöhte Steuerkraft überhaupt. Weiter ist aber durch die moderne Irrenbehandlung selbst eine Verbilligung der eigentlichen nicht zu konstatieren, auch der durchschnittliche Verpflegsatz für den einzelnen Kranken ist seither nicht gewachsen, sondern eher etwas herabgegangen.

Im Jahre 1882 betrugen die Verpflegsätze für Wien 2 K, für Ybbs 1,68 K und für Klosterneuburg 1,92 K, das ist im Durchschnitt 1,87 K. Die Verpflegsätze in den neuen oder modernisierten Anstalten sind: Für Wien 2,20 K und 1,80 K, für Ybbs 1,80 K und 1,20 K, für Gugging 2 K und 1,60 K und für Öhling 1,80 K und 1,60 K, im Durchschnitt also 1,75 K, das heißt mit anderen

Ausweis
über die bei den n.-ö. Landesirrenanstalten auf einzelne Rubriken des Rechnungsabschlusses pro Kopf und Tag entfallenden Kosten für die Jahre 1883 und 1906.

Art der Ausgaben	1883			1906			Durchschnitt pro Tag u. Kopf
	Wien	Ybbs	Klbg.	Wien	Ybbs	Klbg.	
Gehalte	18,288	15,300	12,420	17,667	10,566	12,988	— 1,762
Löhnungen	23,730	14,938	17,424	19,965	17,170	16,586	— 0,957
Erhaltung der Gebäude	13,176	22,020*)	11,652	5,313	3,848	10,402	— 9,111**)
Amts- und Kanzlei-Erfordernisse	0,596	0,546	0,448	0,398	0,543	0,477	+ 0,113
Verköstigung und Brot	129,360	92,352	94,972	99,683	67,526	78,509	— 23,955
Medikamente	3,908	3,494	3,132	2,717	1,722	2,236	— 1,286
Kleidung	4,208	5,668	6,452	8,072	2,417	5,055	— 0,260
Bettzeug	5,326	4,166	2,258	11,141	3,364	3,411	+ 2,072
Wäsche	1,838	2,070	0,696	5,365	1,875	1,632	+ 1,422
Hauseinrichtung	4,976	3,228	3,420	7,432	1,925	3,459	+ 0,397
Beheizung	10,688	5,694	9,100	6,560	8,874	6,388	— 1,320
Beleuchtung	9,196	4,016	3,832	6,055	2,405	5,294	— 1,095
Reinigung der Wäsche u. Begräbniskosten	11,254	4,292	5,410	12,606	6,468	9,326	+ 2,481

*) Dreijähriger Durchschnitt.

**) Wegen veränderter Budgetierung in den letzten Jahren etwas zu hoch. Der Abfall der Quote für Wien ist wohl zum größten Teile darauf zurückzuführen, daß daselbst mit Rücksicht auf den Neubau nur die allernötigsten Reparaturen mehr durchgeführt wurden.

Pflege und namentlich der Verköstigung eingeleitet worden. Aber von dieser Verbilligung ist dem großen Publikum bisher wenig in faßlicher Form vorgelegt worden, und so ist es nur natürlich, daß man auf die moderne Irrenbehandlung, weil man nur von Zunahme der Geisteskranken, Ausgaben und Neubauten hörte, schlecht zu sprechen anfing, und daß sich ein Teil dieser Animosität auch natürlich auf ihre hauptsächlichen Vertreter, die Irrenärzte, übertrug, denselben einen bedeutenden Teil der Schuld zumaß und es sie auch bei jeder Gelegenheit empfinden ließ und läßt.

Aber nicht bloß in bezug auf den gesamten Landeshaushalt ist eine Vermehrung der Ausgaben Worten mit Beziehung auf die modernen Anstalten und Irrenpflege, alle neuen Anstalten haben die Verpflegsätze für einen Großteil ihrer Kranken herabsetzen können und verpflegen heute billiger als vor 25 Jahren, trotz der großen Preissteigerung in der ganzen Lebenshaltung seit dieser Zeit.

Dasselbe Bild liefern die Rechnungsabschlüsse des n.-ö. Landesausschusses, die von demselben jährlich dem Landtage vorgelegt werden. Demnach kostete im Jahre 1883 ein Durchschnittsverpflegstag in den n.-ö. Landesanstalten (für alle drei Klassen) 2 K 25 h, dagegen im Jahre 1906 nur 1 K 82 h, mithin um 43 h weniger. Was diese Ersparung heute bei über 6000 Geisteskranken in den Anstalten ausmacht,

braucht wohl nicht weiter ausgeführt zu werden, das Land Nieder-Österreich erspart jährlich Hunderttausende von Kronen gegenüber dem Jahre 1883 und gleicht damit reichlich die anscheinend großen Baukosten für Irrenanstalten sowie die Auslagen für Verbreitung der Irrenpflege wieder aus.

Nicht uninteressant sind die Ziffernangaben darüber wie und wo sich diese Ersparungen ergeben haben, die Nebeneinanderstellung der Ausweise über die bei den n.-ö. Landesanstalten auf die einzelnen Rubriken des Rechnungsabschlusses pro Kopf und Tag entfallenden Kosten für das Jahr 1883 und 1906 läßt das schön hervortreten. (Siehe Tabelle I.)

Hier ist jede einzelne Rubrik höchst lehrreich in ihrer Gegenüberstellung und Wandlung innerhalb der 25 Jahre.

Gleich die erste Rubrik „Gehalte" ist höchst auffällig in ihrem Ergebnisse einst und jetzt. Trotz der Gehaltserhöhungen im Laufe der 25 Jahre um fast das Doppelte zeigt dieser Posten 1906 eine erhebliche Reduzierung gegenüber 1883. Dieser Umstand läßt nur eine Erklärung zu, daß das Personal weit mehr ausgenutzt wird als ehedem, daß dasselbe mehr leisten muß wie früher, um auch heute noch die Verwaltungsquote pro Kopf und Tag niedriger erscheinen zu lassen.

Bestätigt wird diese Anschauung auch durch die Post „Amts- und Kanzleierfordernisse", die eine Mehrauslage aufweist. Nachdem Tinte und Papier allgemein nicht verzehrt zu werden pflegen, kann ihr Mehrverbrauch nur als direkte größere Arbeitsleistung gedeutet werden.

Ähnliches gilt von der Post „Löhnungen des Dienst- und Pflegepersonals". Auch hier ist trotz der inzwischen eingetretenen Löhnungserhöhungen insgesamt eine geringere Ausgabe pro Kopf und Tag zu konstatieren, was wieder nur durch die größere Arbeitsleistung und durch die rationellere Verwendung und Ausnutzung der einzelnen Kräfte erklärt werden kann.

Eine namhafte Ersparnis zeigt sich in der Rubrik „Erhaltung der Gebäude". Hier tritt offenbar die Eigenregie und die Mithilfe von Kranken sichtlich zutage, da in allen Anstalten ein Rückgang der diesbezüglichen Kosten zu verzeichnen ist.

Die größte Ersparnis zeigt aber die „Verköstigung." Mehr als 23 h pro Kopf und Tag wird heute gegen 1882 bei jedem Kranken erspart, und das trotz der enormen Preissteigerung der Lebensmittel seit jener Zeit. Alle Anstalten zeigen diese Erscheinung in ziemlich gleichmäßiger Weise. Mehrfache Ursachen halfen hier glücklich zusammen. Vor allem wieder die im Jahre 1889 durchgeführte Eigenregie in der Küche, die trotz der Verbesserung der Kost gleich im ersten Jahre schon namhafte Ersparungen erzielen ließ. Der Reichtum der früheren Traiteure ist auf Patienten und Land übergegangen und unter sie verteilt worden. Weiter kommen hier wesentlich zunutze die seither in der modernen Behandlung der Kranken eingeführten Faktoren, die koloniale Verpflegung und der Aufschwung der Arbeitstherapie, die eine Reihe von Lebensmitteln selbst heranziehen ließ und sie so verbilligen half, und nicht zum wenigsten auch dadurch, daß in der Küche selbst Patienten Verwendung finden, wo früher bezahlte Kräfte notwendig waren. Endlich hat auch eine genauere Diätführung von ärztlicher Seite sowie eine einheitlichere Administration in der Beschaffung von manchen Konsumartikeln das ihrige hierzu beigetragen.

Recht lehrreich könnte auch der Minderverbrauch der „Medikamente" von einst und jetzt empfunden werden. Ich sage könnte, ob er es auch wird, wage ich nicht zu behaupten. Daß die modernen Behandlungsarten, Bad, Bettruhe und die Ablenkung durch die Arbeitstherapie hierin zum Ausdrucke kommen und diesen Minderverbrauch erzeugt haben, ist für uns Ärzte kaum zweifelhaft, es dürfte aber auch kaum irgendeine andere Deutung möglich erscheinen.

Trotz besserer „Kleidung" der Patienten von heute als ehedem zeigt sich auch hierin im Verbrauch ein kleiner Rückgang, was nicht zum wenigsten auf die zunehmende Gesittung unter den Kranken selbst und ihre bessere Beaufsichtigung, wodurch sie vom Schmieren und Zerreißen abgehalten werden, zurückzuführen ist.

Hingegen zeigen „Wäsche, Bettzeug und Hauseinrichtungen" eine erhebliche Verteuerung in den letzten 25 Jahren, und hierin manifestiert sich der Fortschritt des Anstaltswesens in klassischer Weise. Während vor 25 Jahren noch viele Kranke kein Bett und keine Bettwäsche erhielten, nackt in den Zellen lagen und in kahlen Korridoren gehalten wurden, liegt heute jeder Kranke in einem ordentlichen Bette mit tadelloser Wäsche bekleidet, und verkehrt derselbe in freundlichen Tagräumen oder befindet sich in mehr weniger schmucken Wachsälen. Daß dieses alles mehr kostet, ist selbstverständlich, diese Kosten sind aber nicht bloß eine hygienische Maßregel, sondern auch eine unerläßliche Forderung des sozialen Fortschrittes, von humanitären Gründen ganz zu schweigen.

Mutatis mutandis gilt dies auch von der Reinigung der „Wäsche und Waschlokalitäten". Ihre

Erhöhung rechtfertigt sich wohl von selbst, gibt aber zugleich ein ehrendes Zeugnis für die moderne Anstaltsbehandlung, bei der, wie in jedem Spitale, Ordnung und Reinlichkeit zu den Hauptzierden gehören.

Die geringere Ausgabe für „Beheizung und Beleuchtung" findet ihre Erklärung in der Verbesserung und größeren Billigkeit der modernen Beheizungs- und Beleuchtungsanlagen, sowie einer größeren Ausnutzung der Krankenräume.

Fassen wir das eben Gesagte zusammen, so ergibt sich während einer 25 jährigen Anstaltswirtschaft, bei durchweg beträchtlichen Verbesserungen fast auf allen Gebieten des Anstaltslebens und -Aufenthaltes, eine wirtschaftlich weitgehende Vertiefung und Ausnutzung, daß nicht bloß alle diese Verbesserungen reichlich gedeckt erscheinen, sondern im allgemeinen noch eine Verbilligung zu konstatieren ist. In den 25 Jahren ist das Irrenwesen Nieder-Österreichs modernisiert worden, ohne daß das Landesbudget relativ stärker in Angriff genommen worden ist als ehedem. Auch die Erweiterung der Irrenfürsorge auf harmlose Geisteskranke und Geistessieche ist durchgeführt worden, ohne das Irrenkonto über Gebühr zu erhöhen. Gerade die letztere Tat des Landes Nieder-Österreich war es nicht zum wenigsten, die die Irrenpflege des Landes in die erste Reihe gerückt hat. Denen, welche auch heute noch hier und da an diesem eminenten Schritt der Landesverwaltung nörgeln und alles nur vom finanziellen Standpunkt aus betrachten und gelten lassen wollen oder glauben, daß die ehemalige Unterbringung dieser Kranken in den Bezirks-, Armen-, Versorgungs- und Siechenhäusern weitaus billiger zu stehen komme, diesen sei nachfolgende Statistik zu Gemüte geführt:

Danach kostet pro Kopf und Tag

ein Familienpflegling . . . . 1,12 K*)
ein Geistessiecher (Verpflegstaxe) . . . . 1,20 „
ein Kolonist höchstens . . . . 1,45 „ *)
in Wirklichkeit kaum mehr als ein Geistessiecher.

*) Kolonisten und Familienpfleglinge.

Gegenstand	Kolonie	Familienpflege
Gehalte	8,467	8,467
Löhnungen des Dienstpersonals	2,094	2,094
Löhnungen des Pflegepersonals	9,494	—
Taglöhnungen	0,664	—
Naturalbezüge	1,348	—
Übertrag:	22,067	10,561

Demgegenüber kostet

ein Zwängling in Korneuburg . . . . . . 2,08 K
ein Korrigent in Eggenburg . . . . 1,47 „
ein Pflegling in der Landessiechenanstalt Oberhollabrunn . . . . 1,06 „
ein Pflegling in Mistelbach . . . . 1,22 „

In den Versorgungsanstalten der Stadt Wien stellen sich die Kosten folgendermaßen:

	Regiequote Heller	Verköstigungs-Auslagen Heller	Zusammen pro Kopf und Tag Heller
Wr. Versorgungsheim	100,84	68,56	169,40
Mauerbach	55,30	68,07	123,37
St. Andrä a. d. Traisen	68,68	74,76	143,44
Ybbs a. d. Donau	80,78	75,58	156,36
Liesing	48,19	71,69	119,88
Durchschnitt	70,76	71,73	142,49

Aus dieser Gegenüberstellung der Verpflegsansprüche auf dem Gebiete der Armenversorgung und der Irrenpflege kann wohl das Wort Luxus bei der Verpflegung von Geisteskranken und Geistessiechen weder aufrecht erhalten, noch von teurer Irrenpflege mehr gesprochen werden.

Würde man aber zum Beispiel bei der Familienpflege auch noch den Wegfall der Bauten in Rech-

Gegenstand	Kolonie	Familienpflege
Übertrag:	22,067	10,561
Amts- und Kanzlei-Erfordernisse	0,874	0,874
Remunerationen	0,944	—
Erhaltung der Gebäude	11,565	—
Steuern	0,114	0,114
Transportkosten	0,672	0,672
Kostbeistellung	57,000	80,000
Brot	8,117	—
Medikamente	0,642	0,642
Kleidung	5,975	5,975
Bettzeug	3,640	—
Wäsche	2,201	2,201
Hauseinrichtung	4,443	—
Beheizung	6,754	—
Beleuchtung	4,021	—
Reinigung der Wäsche	4,288	—
Begräbniskosten	0,241	0,241
Kirchenerfordernisse	0,131	—
Aushilfstaglöhnungen	1,561	—
Verschiedene Auslagen	1,274	1,274
Beitrag an den Irrenfond	5,770	5,770
Besoldungstangente	1,107	1,107
Außerordentliche Erfordernisse	1,159	—
Fuhrwerke	—	2,800
zusammen:	145,157	112,231

nung bringen, was man bei genauerem Vergleiche mit den Asylierungen tun sollte, so müßten noch 27 h*) pro Kopf und Tag in Abzug gebracht werden, so daß für einen Familienpflegling sich nur 85 h pro Kopf und Tag als Verpflegssatz ergeben würden. Das ist aber eine Summe, die kaum ein Gegenstück irgendwo finden dürfte, und was ist das: Modernste Irrenpflege.

Noch ein anderer Hinweis sei gestattet, daß von einem Überwuchern der Kosten für die Irrenpflege nicht gesprochen werden kann. Es ist das ein Vergleich mit den Ausgaben respektive Anwachsen der Summen, wie sie für andere Zweige im Landeshaushalte angesetzt worden sind, respektive in den letzten 25 Jahren sich erhöht haben. Seit dem Jahre 1882 stehen die bedeutendsten Posten des Landesbudgets in folgendem Verhältnis:

	1882	1906	Verhältnis
Landesverwaltung . .	722,358	2,064,192	1 : 2,8
Öffentliche Sicherheit .	362,640	2,181,945	1 : 6,5
Sanit.- u. Humanitätsw.	3,314,468	9,437,942	1 : 2,8
Landeskultur	99,400	1,856,500	1 : 19,7
Unterrichtswesen . . .	2,675,342	9,757,974	1 : 3,7
Straßen- u. Wasserbau	2,026,736	5,071,600	1 : 2,5
Irrenpflege	841,330	2,195,630	1 : **2,6**

Hier sehen wir nicht bloß alle Posten innerhalb 25 Jahren beträchtlich anwachsen, sondern wir sehen auch noch, daß mit Ausnahme des Straßen- und Wasserbaues, der schon vor 25 Jahren beträchtlich dotiert war, alle unverhältnismäßiger anschwellen als die Irrenpflege. Es ist daher eine große Ungerechtigkeit, wenn man diesem humanitären Zweige mancherorts bei jeder Ausgabe so klagsam gegenübersteht und ihm immer vorhält, wieviel er verschlingt.

Diese Ziffern zeigen aber auch treffend, daß die Verwaltung des Landes Nieder-Österreich niemals und auf keinem Gebiete der Vorwurf trifft, die Irrenpflege etwa auf Kosten anderer Pflichten übermäßig begünstigt zu haben.

Sie hat innerhalb 25 Jahren im vollen Einklange mit allen anderen Bedürfnissen des Landes die Irrenpflege auf eine hohe Stufe gehoben, aber immer nur insoweit, als es das Landesbudget erlaubte, und hat alle anderen Zweige finanziell noch mehr gefördert als das Irrenwesen. Hat so die Landesverwaltung den Hauptanteil an dem Aufschwunge der Irrenpflege und des Anstaltswesens, so zeigt jede einzelne Ziffer des Vortrages aber auch, wie sehr wir Ärzte an diesem Ergebnisse Anteil haben und wie vielseitig die ärztlichen Tendenzen dabei mitgeholfen haben. Von der Initierung der Eigenregie bis zur Ausbildung der Arbeitstherapie im heutigen Ausmaße führt ein breiter Strom ärztlicher Tätigkeit, aus dem sich auch für die wirtschaftliche Gestaltung der Anstalten eine reiche Quelle ergeben hat. Die moderne Irrenpflege hat nicht nur das moderne Irrenwesen angebahnt und glänzend ausgebaut, sondern auch zugleich mit seinen vielen Neuerungen eine wertvolle Ökonomie eingeleitet. Hoffen wir, daß damit auch das alte Vorurteil gegen die irrenärztlichen Tendenzen immer mehr und mehr schwinden und zugleich die öffentliche Meinung über die Wirtschaftlichkeit der Medizin überhaupt und der Psychiatrie insbesondere eine immer bessere wird.

*) Ein Siechenhaus mit 250 Betten à 2000 Kr. kostet 500000 Kr. Zinsen sowie Amortisation zu 5 Proz. ergibt eine jährliche Schuld von 25000 Kr. 250 Pfleglinge geben im Jahre 91250 Verpflegstage, daher pro Kopf und Tag 27 Heller.

Mitteilungen.

— **Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Berlin** vom 24. und 25. April. (Fortsetzung.)

Aschaffenburg-Cöln: Die Stellung der modernen Rechtswissenschaft zur verminderten Zurechnungsfähigkeit.

Vortr. geht davon aus, daß diej. Bedenken, welche von dem Ref. Kramer gegen den Ausdruck der verminderten Zurechnungsfähigkeit geltend gemacht worden sind, auch gegen den Ausdruck „geistige Minderwertigkeit" geltend gemacht werden können. Die Frage nach der Benennung sei als nebensächlich gegenüber der Wichtigkeit der gesamten Frage zu betrachten. Vortr. rechnet die vermindert Zurechnungsfähigen zu den Zurechnungsfähigen, sie könnten und müßten für ihre Straftaten verantwortlich gemacht werden, allerdings nicht in dem Maße wie die geistig völlig Gesunden und Normalen. Allgemein stehe man heutzutage auf dem Standpunkt, daß die Tatsache der verminderten Zurechnungsfähigkeit bestehe, und daß ihr gegenüber etwas geschehen müsse.

Die verminderte Zurechnungsfähigkeit entspreche einer verminderten subjektiven Schuld, aber der Regel nach einer vermehrten objektiven Gefährdung. Daher sei die Strafmilderung als Gegenmaßregel ganz ungeeignet, und der Ersatz von Sonderbestimmungen für die vermindert Zurechnungsfähigen durch die mildernden Umstände verfehlt.

Für die Psychiater komme es nur darauf an zu überlegen, welche Mittel der Gegenwehr angebracht seien. Es sei nicht auf jede Strafe zu verzichten, wenn auch der Hauptwert auf eine zielbewußte Behandlung gelegt werden müßte. Vortr. stellt deshalb folgenden Antrag:

„Der deutsche Verein für Psychiatrie beschließt eine Kommission zu ernennen, die, aus drei Psychiatern bestehend, unter Zuziehung eines Juristen Gesetzesvorschläge auszuarbeiten hat, soweit die bestehende Strafgesetzgebung eine Änderung wünschenswert erscheinen läßt. Diese Vorschläge sind vor der nächsten Versammlung den Mitgliedern des Vereins mit einer kurzen Begründung gedruckt vorzulegen und werden auf der Versammlung zur Diskussion und Abstimmung gebracht. Die von der Versammlung angenommenen Beschlüsse sollen der Reichsregierung als Material vorgelegt werden."

Weygandt-Würzburg: Die Ausbildung in der gerichtlichen Psychiatrie.

Die Einführung der Psychiatrie in das ärztliche Staatsexamen hat die gerichtlichen Fragen nicht besonders berücksichtigt. Im ganzen lag auch das Bestreben vor, überhaupt recht mäßige Anforderungen in der Psychiatrie an die werdenden Ärzte zu stellen. Dennoch besteht ein dringendes Bedürfnis nach einer intensiveren Vorbildung auch in der gerichtlichen Seite des Faches. Die Erledigung zahlreicher gerichtlich-psychiatrischer Fälle läßt noch mancherlei Unstimmigkeiten der berufenen Faktoren erkennen. Die Juristen überschätzen manchmal die Leistungsfähigkeit des psychiatrischen Sachverständigen, öfters aber noch glauben sie sich über dessen wissenschaftlich fundierte Aussagen hinwegsetzen und nach eigenem Gutdünken vorgehen zu sollen.

Von medizinischer Seite werden auch vielfach unzutreffende Begutachtungen laut, vor allem in dem Sinn, daß bei Fällen leichter psychischer Abnormität schon ohne weiteres die Voraussetzungen des § 51 Str. G. B. als gegeben erachtet werden, der bei einer die freie Willensbestimmung ausschließenden krankhaften Störung der Geistestätigkeit eine strafbare Handlung nicht als vorhanden annimmt.

Wohl soll mit allen Mitteln der Wissenschaft ein dem Sachverständigen überwiesener Fall untersucht werden, aber bei Aufdeckung irgendwelcher Abnormitäten ist noch keineswegs die jener Bestimmung entsprechende Erheblichkeit der Störung sichergestellt.

Bisher bestehen an allen Universitäten einstündige Vorlesungen oder auch mehrstündige Kurse über gerichtliche Psychiatrie, vielfach für Mediziner und Juristen, ohne irgendwelche Verpflichtung zum Besuch. Die Vorlesungen werden in der Regel gut, die viel instruktiveren Kurse weniger zahlreich besucht. Ein Druck auf die Mediziner könnte wohl ausgeübt werden durch Betonung einer Bestimmung der Prüfungsordnung, die eine Berücksichtigung der Beziehungen zur gerichtlichen Medizin bei den einschlägigen Fächern vorschreibt, was ja vor allem für die Psychiatrie in Betracht kommt.

Den Studierenden der Jurisprudenz wird wohl in ihren Studienordnungen vielfach empfohlen, gerichtliche Medizin oder auch Psychiatrie zu hören, doch bleiben derartige Empfehlungen meist erfolglos. Zweckmäßiger wäre das Prinzip einer in Bayern bestehenden Einrichtung, nach der alle eine staatliche Anstellung anstrebenden Studierenden, besonders also die Juristen, verpflichtet sind, im Laufe des Studiums achtmal eine vierstündige sog. philosophische Vorlesung nach freier Wahl zu hören. Diese zur Erlangung einer gründlichen allgemeinen Bildung geeignete Vorschrift wäre von besonderem Segen für die Juristen, wenn ihnen unter jenen vorgeschriebenen „philosophischen Vorlesungen" auch die Vorlesungen über Psychiatrie, über gerichtliche Medizin und besonders auch über gerichtliche Psychiatrie und Kriminal-Psychologie angerechnet würden, was bisher allerdings in Bayern noch nicht geschieht.

Auf diesem Wege würde voraussichtlich bald sowohl jeder Mediziner wie auch jeder Jurist gegen Ende seiner Studien die entsprechenden Vorlesungen und Kurse aufsuchen. Außerdem kommen in Betracht Fortbildungskurse für bereits beruflich tätige Juristen und Medizinalbeamte, wie auch die mancherorts bestehenden, vorwiegend freilich der wissenschaftlichen Anregung dienenden gerichtlich-psychiatrischen oder kriminalistischen Vereinigungen.

Je gründlicher die Ausbildung auf diesem schwierigen Gebiete, um so eher werden in den zahlreichen einschlägigen Fällen die Urteile der Eigenart einer abnormen Persönlichkeit und der Rechtssicherheit der menschlichen Gesellschaft entsprechen.

— **Mauer-Öhling.** Besichtigung unserer Heil- und Pflegeanstalt durch Teilnehmer am III. internationalen Kongresse für Irrenpflege in Wien. Am Schlusse der Tagung des III. internationalen Kongresses für Irrenpflege fand am 12. Oktober eine Besichtigung unserer Anstalt statt. Es erschienen etwa 40 Herren mit mehreren Damen unter Führung des Oberinspektionsrates Fedor Gerenyi. Namentlich seien u. a. angeführt: Dr. Bach (Basel), Direktor Boeck (Troppau), Direktor Bott (Bamberg), Dr. Denny (Boston), Prof. Deventer (Amsterdam), Direktor Fischer (Wiesloch), Dr. Göstl (Studenec), Dr. Herting (Galkhausen), Dr. Kreuser (Winnental), Dr. Morel (Gent), Direktor Peeters (Gheel) und Zappe (Schleswig).

Die Ankommenden wurden am Bahnhofe von Direktor Dr. Starlinger, Oberverwalter kais. Rat Bertgen und Frau Marianne Starlinger empfangen und zur Anstalt geleitet, woselbst ein mehrstündiger Rundgang erfolgte. Alle Anlagen, die verschiedenen Pavillontypen, Lazarett und Infektionshaus, Werkstätten und Wirtschaftsgebäude, Festsaal, Kirche und Prater, Küchengebäude mit eigener Bäckerei, Freibad, Kesselhaus, Kläranlage und Desinfektor wurden unter Erläuterungen besichtigt, und allgemein sprachen die Fachleute ihre höchste Befriedigung, ja ihr Erstaunen über Lage, Einrichtungen, Ordnung und Geist der Anstalt aus, wobei namentlich wieder die Fülle der Arbeitsmöglichkeiten rühmend hervorgehoben wurde.

Nach dem Rundgange vereinte die Besucher ein Mahl, wo mehrere derselben Gelegenheit nahmen, sich über ihre Eindrücke zu äußern. So sprach Medizinalrat Dr. Kreuser seine Bewunderung für die gesehenen Irrenpflegeeinrichtungen aus, „welche das Gefühl des Bedauerns bei den deutschen Fachleuten hervorrufen, nicht gleich Schönes aufweisen zu können."

Dr. Morel, der Inspektor der belgischen Irrenanstalt a. D. sagte: „Ich verfolge rege alle Neuerungen

auf dem Gebiete der Irrenpflege und habe es mir zur Aufgabe gemacht, über die Irrenpflege aller Staaten vergleichende Studien zu machen, und habe so die Irrenanstalten aller Staaten Europas gesehen und überall etwas Beachtenswertes gefunden. Die Irrenpflege des Landes Niederösterreich aber bildet in ihren Anstalten in Mauer-Öhling und am Steinhofe geradezu die Verwirklichung der kühnsten Träume der Psychiater. Werke von solcher Vollendung, wie sie hier zu sehen sind, sind bisher unerreicht und werden auch nicht mehr zu überbieten sein." Redner äußerte sich weiter besonders anerkennend über Stellung der Ärzte, Ausbildung des Pflegepersonales und soziale Fürsorge für dasselbe, namentlich im Krankheits- und Invaliditätsfalle.

Nachmittags unternahmen dann Staatsinspektor van Deventer, die Direktoren Morel und Peeters, sowie Prof. Ferrari (Bologna) und Dr. Boulenger (Lierneux) eine Besichtigung des Meierhofes und der Familienpflege, auch hier hörte man nur Worte rückhaltlosen Lobes, besonders vom Fachmanne allerersten Ranges, dem Direktor Dr. Peeters aus Gheel.

Dr. Stelzer.

Referate.

— Frühsymptome bei Geisteskrankheiten. Ein Beitrag zur Persönlichkeitsforschung von Walter Fuchs, gr. bad. Oberarzt. Eberswalde, 1908. Verlag von Max Gelsdorf.

In prägnanter Kürze teilt Verf. viele tiefere Studien und feinere Beobachtungen mit, die eine umfassende Menschenkenntnis und reiche individualpsychologische Erfahrungen verraten. An der Hand der Familiengeschichte bemüht er sich zu erkennen, wem geistige Krankheit droht; durch Feststellung der Frühsymptome sucht er prophylaktisch zu wirken. Auf die Gefahr der Vererbung und die Bedeutung der Degenerationszeichen geht er des näheren ein. Wichtiger als die anatomischen Entartungszeichen sind die Störungen der Funktion; physiologisch-psychologische Entartungszeichen ressortieren ja direkt vom Nervensystem und können schon selbst Kardinalsymptome sein. Auch ein solches funktionelles Entartungszeichen macht noch keine Psychose; zuweilen scheinen funktionell Abnorme — obwohl sie natürlich pathologische Persönlichkeiten sind — wie manche schwer Belastete und anatomisch Degenerierte gegen ausgebildete Psychosen gefeit. Ein günstiges Schicksal, bewußte Lebenskunst und unterbewußte Selbstdiätetik der Seele können selbst schwer Disponierte im Gleichgewicht bewahren.

Manchen Aufschluß über Psychopathizität gibt der Werdegang des Einzelnen: hier stetiges, tätiges, sachliches, pflichtbewußtes Verhalten mit instinktivem Altruismus — dort immer zu viel oder immer zu wenig, nie befriedigte und niemals befriedigende Berufsstümperei, ständige Neigung sich von der Unterlage loszulösen, Anfänge ohne Fortsetzungen und Fortsetzungen ohne Anfänge! Auffassungsfähigkeit, Gedächtnis, Merk- und Urteilsfähigkeit, Gedankenzusammenhang, Stimmung, Beeinflußbarkeit und Entschlußfähigkeit können bei detaillierter Untersuchung Frühsymptome erkennen lassen. Verf. legt namentlich hohen Wert auf gute Beobachtungen über affektiv einschneidende Ereignisse, über besondere „Leistungen" und besondere „Erlebnisse". „Die regelmäßig erhobene Anamnese und Analyse jedes Erschaffens und jedes Erleidens gibt im Laufe der Zeit den Reaktionstypus des Charakters, den Grad der aktiven und passiven Zähigkeit. Der Längsschnitt der Persönlichkeit kann die Leitmotive der Zukunft verraten." Verf. hat ein Schema ausgearbeitet, in welches er bei Erlebnis und Leistung den Tatbestand, die reflektorischen wie die apperzeptiven Vorgänge, die Affektreaktionen und die somatophysiologischen Reaktionen bezw. Begleiterscheinungen einträgt, und erläutert den praktischen Wert dieses Schemas an einigen Beispielen.

G. Ilberg.

— Ziehen, Psychiatrie usw. Dritte, vollständig umgearbeitete Auflage. Leipzig, Hirzel, 1908. 801 S.

1902 war die zweite Auflage dieses vortrefflichen Buches erschienen. Die jetzige dritte Auflage zeigt sich um zirka 50 Seiten und einige Abbildungen vermehrt, sonst aber hat es im Kerne noch das gleiche Aussehen. Es sind allerdings öfter Zusätze geschehen, hier und da auch einige Verbesserungen und Auslassungen. Namentlich bez. seiner Stellung zu Kraepelin hat Ziehen sich nicht geändert. Die Untersuchungsmethoden sind zum Teil weiter ausgeführt worden. Neu hinzugekommen sind ein kurzes Kapitel über die „protrahierte Affektschwankung" und die residuäre psychopathische Konstitution. Neben der großen Klarheit der Darstellung und Weglassen fast von allen Hypothesen ist das ungemein reiche und eingehende Sachregister rühmend hervorzuheben. Dagegen leider sind die Literaturangaben, wie auch im Kraepelinschen Lehrbuch, höchstens nur für den Anfänger genügend, nicht für den Forscher. Selbst der kleine Leitfaden von Mongeri enthält mehr!

Näcke.

Personalnachrichten.

— **Münster i. W.** Der Assistenzarzt Dr. Dierksen ist als Abteilungsarzt an die Provinzialheilanstalt zu Lengerich i. W. versetzt.

— **Illenau** (Baden). Anstaltsdirektor Geh.-Rat Dr Schüle wurde von der „Société de Psychiatrie de Paris" zum „membre associé étranger" ernannt. Die Hilfsärzte Dr. Rolf Bundschuh, Dr. Hermann Böß, Dr. Karl Staatsmann, Dr. Hans Römer wurden zu etatsmäßigen Anstaltsärzten ernannt, Dr. Staatsmann unter gleichzeitiger Versetzung an die Heil- und Pflegeanstalt bei Emmendingen.

Als Hilfsarzt ist am 3. September Dr. Reinhard Lydtin hier eingetreten, bisher Assistenzarzt am städt. Krankenhause in Karlsruhe.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz in (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 33. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

Herausgegeben von

Prof. Dr. **K. Alt,** Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton,** Halle. Direktor Dr. **Beyer,** Roderbirken bei Leichlingen. Prof. Dr. **Bleuler,** Zürich. Oberarzt Dr. **Deiters,** Grafenberg. Staatsinspektor Dr. **van Deventer,** Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger,** Frankfurt a. M. Oberarzt Dr. **Falkenberg,** Herzberge (Berlin). Med.-Rat Dr. **Fischer,** Wiesloch (Baden). Hofrat Dr. **Friedländer,** Hohemark. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **A. Guttstadt,** Berlin. Direktor Dr. **Herting,** Galkhausen (Rheinland). Oberarzt Dr. **Ilberg,** Großschweidnitz (Sachsen). Direktor Dr. **Kluge,** Potsdam. Med.-Rat Dr. **Kreuser,** Winnenthal (Württemberg). Direktor Dr. **Lehmann,** Lindenhof. San.-Rat Dr. **Mercklin,** Treptow a. R. Prof. Dr. **Mingazzini,** Rom. Direktor Dr. **Morel,** Gand (Belgien). Direktor Dr. **v. Olah,** Budapest. Direktor Dr. **Ritti,** St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss,** Wien. Prof. Dr. **Ernst Schultze,** Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer,** Giessen. Direktor Dr. **Urquhart,** Perth (Schottland). Direktor Dr. **Vocke,** Eglfing bei München. Prof. Dr. med. et phil. **W. Weygandt,** Hamburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Ausschreiben.

An den Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten sind

Assistenzarztstellen

zu besetzen. Die Assistenzärzte beziehen Remunerationen von 1800 M. jährlich, welche nach je 2 Jahren zweimal um 250 M., dann um 200 M. steigen, und erhalten freie Station I. Tischklasse. Die Annahme erfolgt unter Kündigungsvorbehalt. Nach fünfjähriger erfolgreicher Tätigkeit als Assistenzarzt kann die **lebenslängliche Anstellung als Anstaltsarzt** erreicht werden, mit welcher das Recht auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung verbunden ist. In dieser Stellung wird neben dem baren Gehalt von 2400 M. bis 4000 M. (steigend von 2 zu 2 Jahren um 200 M.) die freie Station I. Tischklasse oder, falls der Anstaltsarzt einen eigenen Hausstand gründet, anstelle der Beköstigung eine Barentschädigung (z. Z. 800 M.) und freie Familienwohnung nebst Heizung und Beleuchtung bezw. wenn dieses nicht in natura gegeben werden kann, hierfür eine Barentschädigung (z. Z. 700 M.) gewährt. Anstaltsärzte können später in die Stellen der Oberärzte aufrücken und erhalten als solche Gehälter von 4200 bis 6000 M., steigend alle 2 Jahr um 200 M. und Dienstwohnung, Brand, Licht, Garten und Arznei. Längere Tätigkeit im Anstaltsdienst kann bei Berechnung der Anfangsvergütung sowie auf die Dienstzeit angerechnet werden. Aerzte, welche auf eine der ausgeschriebenen Assistenzarztstellen reflektieren, wollen ihre Gesuche mit Approbation, den Zeugnissen über die bisherige Tätigkeit und einer Darstellung ihres Lebenslaufes bald an den Unterzeichneten einreichen.

Düsseldorf, den 27. Oktober 1908.

Der Landeshauptmann der Rheinprovinz.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 828.

Nr. 33. 7. November 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Über die Anrechnung von Vorbesuchen bei der Erstattung gerichtlicher Gutachten.

Von Dr. *H. Lachmund*, Abteilungsarzt an der Prov.-Heilanstalt zu Münster i. W.

Daß der im Gesetz vom 9. März 1872 § 3 für die Erstattung eines ausführlichen, mit wissenschaftlichen Gründen unterstützten Gutachtens über den geistigen Zustand einer Person festgesetzte Höchstbetrag von 24 M. schon längst in keinem Verhältnis steht zu der darauf verwandten Zeit und Mühe sowie zur modernen Arbeitsbewertung anderer Erwerbszweige, ist nicht nur allgemeine Ansicht der Anstaltsärzte (siehe Braunes Arbeit in der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift, 1907, Nr. 29), sondern wird auch in weiteren zuständigen Kreisen anerkannt. Eine gewisse Entschädigung bot nun bisher die Berechnung einer bestimmten Anzahl von Vorbesuchen, wie sie in dem oben zitierten Gesetze § 6 vorgesehen ist; nun werden aber auch diese Vorbesuche in letzter Zeit in der Provinz Westfalen nicht mehr zur Zahlung angewiesen, und zwar mit der Begründung, daß nach einer neueren Entscheidung des Kammergerichts die Gebühren für gemachte Vorbesuche nicht gerechtfertigt seien, wenn der Arzt die Untersuchung in Räumen vornahm, die ihm zu derartigen Berufszwecken regelmäßig zur Verfügung ständen. Solche Vorbesuche seien nach der Entscheidung des Kammergerichts vom 22. Dezember 1905 als empfangen, nicht als gemacht anzusehen, wenn auch die Räume von der eigentlichen Wohnung des Sachverständigen entfernt lägen. — Da die Frage der Vorbesuche allgemein interessieren dürfte, möchte ich im folgenden die Verhandlungen, die anläßlich der Gebührenberechnung für ein in hiesiger Anstalt erstattetes gerichtliches Gutachten zwischen der Anstalt und dem Königl. Landgericht zu M. resp. Oberlandesgericht zu H. geführt worden sind, zur weiteren Kenntnis bringen.

Am 3. Oktober 1907 wurde in der Strafsache wider den Arbeiter R., der zufolge Gerichtsbeschlusses gemäß § 81 Str. Pr. O. in der hiesigen Heilanstalt untergebracht war, von dem begutachtenden Arzte für ein ausführliches, mit wissenschaftlichen Gründen unterstütztes Gutachten mit Reinschrift 27 M., außerdem für zwei Vorbesuche je 3 M., zusammen 6 M. berechnet. Darauf erfolgt von dem betr. Untersuchungsrichter nachfolgendes Schreiben an den begutachtenden Arzt:

Münster, den 5. Oktober 1907.

In der Untersuchungssache R. sind Ihnen heute für Anfertigung des Gutachtens vom 3. X. ds. Js. sowie für die Reinschrift dieses Gutachtens 27,00 M. angewiesen, die durch die Gerichtskasse hier an Sie ausgezahlt werden.

Die für zwei Vorbesuche liquidierten Gebühren à 3 = 6 M. bin ich zu meinem lebhaften Bedauern anzuweisen nicht in der Lage, da nach einer neueren Entscheidung des Kammergerichts die Gebühr für gemachte Vorbesuche nicht gerechtfertigt ist, wenn der Arzt die Untersuchung in Räumen vornimmt, die ihm zu derartigen Berufszwecken regelmäßig zur Verfügung stehen. Nimmt der Sachverständige die Untersuchung von Kranken in solchen Räumen vor, dann empfängt er dort den Besuch von Kranken, wenn auch die Räume von der eigentlichen Wohnung des Sachverständigen entfernt liegen.

Der Untersuchungsrichter.

Herrn Dr. F.

Hierauf legte der Gutachter beim Landgericht nachstehende Beschwerde ein:

Bei der Anweisung der in der Untersuchungssache R. eingereichten ärztlichen Gebührenrechnung sind die in Rechnung gestellten Gebühren für zwei Vorbesuche abgesetzt worden (folgt Begründung s. o.). Die angeführte Entscheidung des Kammergerichts wird für die in hiesiger Anstalt zur Begutachtung untergebrachten Personen nicht in Anwendung kommen können, da die in Rechnung zu stellenden und gestellten Vorbesuche nicht in Räumen vorgenommen werden, die dem Arzte zu derartigen Berufszwecken regelmäßig zur Verfügung stehen, da als derartige Räume nur die unmittelbaren Krankenräume bezw. Krankenabteilungen der Anstalt anzusehen sind. In dem vorliegenden, wie auch in anderen Fällen liegt es aber

sowohl im Interesse der anderen Kranken sowie auch im Interesse des Untersuchten selbst, die Untersuchung in einem andern, von der Krankenabteilung getrennten Raume vorzunehmen, und wird der für die jedesmalige Untersuchung geeignete Raum von dem Direktor der Anstalt zu der Vornahme der Untersuchung bestimmt. Gleichzeitig wird angeordnet, daß der zu Untersuchende unter Begleitung dem Zimmer um eine festgesetzte Zeit zugeführt wird, so daß der Arzt und der zu Untersuchende sich gegenseitig nicht empfangen, sondern sich treffen. Die in Rechnung gestellten und zu stellenden Vorbesuche werden sodann aber auch niemals zu der Zeit der üblichen ärztlichen Rundgänge, sondern stets zu einer besonderen, außerhalb der unmittelbar ärztlichen Diensttätigkeit liegenden Zeit ausgeführt und nehmen je nach Lage der jedesmaligen Untersuchung eine und mehr Stunden in Anspruch. Hiernach wird für die Gebührenberechnung der Vorbesuche auch die Entscheidung des Kammergerichts vom 30. April 1907 als maßgebend anzusehen sein, die sich dahin ausspricht, daß es unbillig sei und der Absicht des Gesetzes auch nicht entsprechen würde, die vorbereitende Mühewaltung der Beamten nicht zu entschädigen, und den Anspruch auf die gesetzliche Entschädigung auch für vereitelte Vorbesuche anerkennt.

Das Königl. Landgericht erlaube ich mir hiernach ergebenst zu ersuchen, die in der Gebührenrechnung vom 3. X. 07 abgesetzten 6 M. für zwei Vorbesuche wieder anweisen zu wollen.

An das Königl. Landgericht zu M Dr. F.

Das Königl. Landgericht beschloß darauf folgendermaßen:

In der Strafsache wider den Jakob R. . . . wird auf die Beschwerde des Sachverständigen Dr. F. in M. vom 21. Oktober 1907 gegen die Verfügung des Untersuchungsrichters in Münster vom 4. Oktober 1907 beschlossen:

Die Beschwerde wird als unbegründet verworfen. Die Kosten des Beschwerdeverfahrens bleiben außer Ansatz.

Gründe:

Nachdem der Angeschuldigte zufolge Gerichtsbeschlusses gemäß § 81 Str. Pr. O. vom 21. August bis zum 27. September 1907 in der Prov.-Heilanstalt zu M. untergebracht war, hat der Beschwerdeführer ein ausführliches, mit wissenschaftlichen Gründen unterstütztes ärztliches Gutachten über den Geisteszustand des Angeschuldigten zu den Akten gebracht und hierfür — abgesehen von Auslagen für die Reinschrift des Gutachtens — gemäß § 3, Ziff. 6 des Gesetzes vom 9. III. 1872 (G. S. S. 265) 24 M., sowie ferner „für zwei Vorbesuche, ausgeführt außerhalb der Wohnung am 12. und 24. September, à 3 M. = 6 M." in Rechnung gesetzt. Der für die Festsetzung der Gebühren zuständige Untersuchungsrichter hat diesen Betrag von 6 M. nicht festgesetzt, weil der Beschwerdeführer die Untersuchung in solchen Räumen vorgenommen habe, die ihm zu derartigen Berufszwecken regelmäßig zur Verfügung ständen. In der Beschwerde wird die Festsetzung des Betrages verlangt.

Sie erscheint jedoch unbegründet.

Für die Höhe der dem Beschwerdeführer zustehenden Vergütung ist nach § 13, G. O. f. Z. und S. das Gesetz vom 9. März 1872 (G. S. S. 265) allein entscheidend, weil darin Taxvorschriften über die Ansprüche der Medizinalbeamten und nicht beamteten Ärzte für die Erstattung von Gutachten enthalten sind. Nach diesem Gesetze steht dem Beschwerdeführer aber ein Anspruch auf Zahlung der berechneten 6 M. nicht zu.

Insbesondere ergibt sich dieser Anspruch nicht aus § 6 des Gesetzes. Denn diese Vorschrift hat nur solche Vorbesuche im Auge, die der Sachverständige außerhalb der ihm zu Berufszwecken regelmäßig zur Verfügung stehenden Räume vornimmt, nicht aber solche, in denen er in Räumen der bezeichneten Art den Besuch von Kranken empfängt.

Daß die Vorschrift sich nur auf Besuche bezieht, die der Sachverständige macht, nicht auf solche, die er entgegennimmt, folgt aus dem Wortlaute ihres zweiten Absatzes, sowie aus der Erwägung, daß laut Absatz 1 die Gebühr nicht zusteht, wenn „die Voraussetzungen vorliegen, unter denen Tagegelder und Reisekosten liquidiert werden können". (Vergl. J. M. Bl. 1893, S. 135 f.)

Für die Frage, ob der Sachverständige einen Besuch „macht" oder „empfängt", ist es ohne Belang, ob er selbst oder ob die zu untersuchende Person zuerst den Raum betritt, in welchem die Untersuchung stattfinden soll. Entscheidend dafür ist vielmehr nach dem allgemeinen und richtigen Sprachgebrauche lediglich die Örtlichkeit, an welcher die Zusammenkunft stattfindet.

Unbedenklich ist danach der Sachverständige als derjenige anzusehen, der den Besuch empfängt, wenn die Zusammenkunft in seiner Behausung stattfindet. (Vergl. J. M. Bl. a. a. O.) Der Privatwohnung des Sachverständigen steht aber in dieser Hinsicht der Ort gleich, in dem er seine Berufsgeschäfte regelmäßig erledigt, oder der ihm zu diesem Zwecke regelmäßig zur Verfügung steht, auch wenn dieser Ort von seiner Privatwohnung getrennt ist. Demgemäß hat das Kammergericht in einem Beschluß vom 22. Dezember 1905 mit Recht sogar angenommen, daß ein Gerichtsarzt, der im Leichenschauhause die Untersuchung einer Person vorgenommen hatte, einen Besuch dieser Person nicht gemacht, sondern empfangen habe, weil dieser Raum ihm, gleich den anderen Gerichtsärzten, regelmäßig zur Verfügung stehe. Entfaltet der Sachverständige seine regelmäßige Berufstätigkeit in einer Heilanstalt, so steht hiernach auch diese der Privatwohnung gleich, und zwar sämtliche Räume der Anstalt, nicht nur die als Krankenabteilung bestimmten Räume. Dabei ist es unerheblich, ob der Direktor der Anstalt im Einzelfalle besondere Anordnung darüber trifft, welcher Raum der Anstalt dem Sachverständigen zur Vornahme der Untersuchung zur Verfügung stehen soll.

Der Beschwerdeführer hat nun nach seiner eigenen Darstellung die beiden Untersuchungen, die er als „Vorbesuche, ausgeführt außerhalb der Wohnung", besonders in Rechnung stellt, in einem Raume der Heilanstalt vorgenommen, deren Arzt er ist. Er hat mithin den Besuch des Angeschuldigten empfangen, nicht aber einen Vorbesuch gemacht. Nach § 6 a. a. O. ist daher seine Forderung nicht begründet.

Die von dem Beschwerdeführer besonders in Rechnung gestellten Untersuchungen sind vielmehr vollständig abgegolten, indem ihm für die Erstattung des schriftlichen Gutachtens die höchste nach § 3 Ziff. 6 des Gesetzes vom 9. März 1872 zulässige Gebühr von 24 M. zugebilligt worden ist. Dies folgt aus Abs. 2 der gen. Vorschrift, laut welchem die höheren Sätze insbesondere dann zugebilligt werden sollen, wenn die Untersuchung mit besonderen Schwierigkeiten verknüpft ist. Hierdurch erledigt sich auch die Angabe des Beschwerdeführers, daß die jedesmalige Untersuchung längere Zeit in Anspruch genommen und außerhalb der Zeit der üblichen ärztlichen

Rundgänge und der unmittelbaren ärztlichen Diensttätigkeit stattgefunden habe. Diese Umstände sind bereits in vollem Umfange berücksichtigt, soweit es im Rahmen des Gesetzes angängig ist, indem die höchste zulässige Vergütung zugebilligt worden ist.

Endlich erscheint der Antrag des Beschwerdeführers auch nach § 10 des Gesetzes nicht begründet. Denn diese Vorschrift bezieht sich nach dem Wortlaute und der Entstehungsgeschichte nur auf solche Fälle, für welche das Gesetz eine Vergütung an sich vorschreibt, ohne aber ihre Höhe zu bestimmen. Ob mit Rücksicht hierauf eine besondere Vergütung gefordert werden könnte, wenn der Beschwerdeführer den Angeschuldigten — abgesehen von der zweimaligen Untersuchung — der Anordnung des Gesetzes gemäß fortgesetzt beobachtet hätte, um sein Gutachten vorzubereiten, kann dahingestellt bleiben, da der Beschwerdeführer den abgesetzten Betrag lediglich für die beiden Untersuchungen fordert, diese aber durch die Gebühr aus § 3 Ziff. 6 a. a. O. abgegolten sind.

Die Beschwerde war hiernach zu verwerfen.

Die Entscheidung hinsichtlich der Kosten stützt sich auf § 6 G. K. G.

M., den 13. November 1907.

Königl. Landgericht, Strafkammer 3.

gez. G. W. R.

Ausgefertigt:

M., den 15. November 1907.

Der Gerichtsschreiber des Königl. Landgerichts.

Gegen diesen Beschluß des Königl. Landgerichts weitere Beschwerde einzulegen, war in diesem Falle nicht angängig; doch bot sich hierzu anläßlich eines bald darauf zu erstattenden Gutachtens Gelegenheit.

In der Untersuchungssache K. wurde dem Königl. Landgerichte zu M. von demselben Arzte der Anstalt ein ausführliches Gutachten erstattet und dafür am 11. März ds. Js. mitsamt der Reinschrift 30 M., außerdem für drei Vorbesuche à 3 M. zusammen 9 M. liquidiert. Daraufhin erhielt der begutachtende Arzt von dem Vorsitzenden der Strafkammer am 12. März ds. Js. folgendes Schreiben:

Der Vorsitzende der Strafkammer. Münster, den 12. März 1908.
6. J. 1156/07.

Unter Bezugnahme auf Ihre in der Untersuchungssache ·/. K . . . . eingereichte Liquidation vom 11. März ds. Js. teile ich Ihnen mit, daß die für das Gutachten und dessen Abschrift liquidierten Gebühren im Gesamtbetrage von 30 M. zur Anweisung gelangt sind und Ihnen durch die Gerichtskasse zugehen werden.

Die für die drei Vorbesuche liquidierten Gebühren in Höhe von 9 M. anzuweisen, bin ich nach Lage der Gesetzgebung nicht imstande, da die Vorbesuche als „empfangene“ anzusehen sind und nicht als außerhalb der Behausung abgestattete. Das Beschreiten des Beschwerdeweges stelle ich Ihnen ergebenst anheim. Die Beschwerde ist vorerst an die hiesige Strafkammer zu richten. Gegen den Beschluß der Strafkammer kann dann Beschwerde bei dem Oberlandesgericht Hamm geführt werden.

An gez. G.

Herrn . . .

Gegen diese Entscheidung wurde bei dem hiesigen Königl. Landgerichte folgende Beschwerde erhoben:

Münster, den 16. März 1908.

Betrifft
Beschwerde gegen die Entscheidung des Herrn Vorsitzenden der Strafkammer G.
6. J. 1156/07 vom 12. cr.

Gegen die Entscheidung des (s. o.) . . . ., daß die von einem Anstaltsarzte vor der Erstattung von begründeten Gutachten ausgeführten Vorbesuche hierselbst nur als „empfangene“ und nicht als außerhalb der Behausung abgestattete anzusehen, somit nicht liquidierbar seien, lege ich hierdurch Beschwerde ein.

In der Untersuchungssache ·/. K . . . . . ist von mir am 5. ds. Mts. ein auf mehrwöchige Beobachtung sich stützendes, ausführliches, mit wissenschaftlichen Gründen unterstütztes Gutachten erstattet, und sind bei der Gebührenberechnung auch drei Vorbesuche in Höhe von 9 M. von mir liquidiert. Diese Vorbesuchsgebühren sind von der Strafkammer des Königl. Landgerichts 6 J. 1156/07 vom 12 cr. in gleicher Weise wie in der Strafsache gegen den Arbeiter Jakob R. (K. 3. J. 600/07) nicht angewiesen, da die betreffenden Vorbesuche als „empfangene“ und nicht als außerhalb der Behausung abgestattete anzusehen seien. Die Strafkammer stützt sich in ihrem Beschlusse vom 13. November 1907 unter Hinweis auf den Beschluß des Königlichen Kammergerichts vom 22. Dezember 1905 im wesentlichen darauf, daß der Sachverständige den Besuch empfange, wenn die Zusammenkunft in seiner Behausung stattfindet, und daß der Privatwohnung des Sachverständigen in dieser Hinsicht der Ort gleichstehe, in dem er seine Berufsgeschäfte regelmäßig erledigt oder der ihm zu diesem Zweck regelmäßig zur Verfügung steht, auch wenn dieser Ort von seiner Privatwohnung getrennt ist.

Diese Auffassung des Königlichen Landgerichts steht im Widerspruch mit dem § 6 des Gesetzes vom 9. März 1872, nach dem für jeden Vorbesuch eine Gebühr von 3 M. zu bewilligen ist, wenn zu der verlangten sachverständigen Ermittelung besondere Vorbesuche nötig sind: die Notwendigkeit, diese Vorbesuche zu machen, ist bereits in meiner Beschwerde vom 29. Oktober v. Js. (K. 3. J. 600/07) hervorgehoben und will ich von dem dort Gesagten nur nochmals hervorheben, daß die näheren Feststellungen über das Denken, Fühlen und Wollen eines zur Beobachtung überwiesenen Untersuchungsgefangenen nicht in Gegenwart anderer Personen, sondern abseits von andern während und nach erfolgter genauerer Beobachtung in eingehender Unterhaltung und Untersuchung erfolgen müssen, um ein freies, rückhaltloses Aussprechen der Inkulpaten überhaupt zu ermöglichen. Hieraus ergibt sich, daß diese Feststellungen, die möglichst wortgetreu sofort niedergeschrieben werden müssen, nur zu besonderen, außerhalb der ärztlichen dienstlichen Rundgänge anzuberaumenden Zeiten an verschiedenen Tagen stattfinden und jedesmal bald mehr bald weniger Stunden in Anspruch nehmen müssen. Für die dadurch bedingte Zeitversäumnis und für seine Mühewaltung steht dem Sachverständigen nach § 84 der Str. Pr. Ord. eine Entschädigung und angemessene Vergütung zu, wie denn auch

durch Beschluß des Reichsgerichts IV. C. S. vom 6. Februar 1893, Min. Erl. vom 7. Mai 1894 und Reichsgerichts V. C. S. vom 11. April 1896 anerkannt ist, daß die Gebühr für Vorbesuche bei allen „sachkundigen Ermittelungen" zulässig ist und gemäß § 3 des Gesetzes vom 9. März 1872 beansprucht werden darf, wenn die Besuche außerhalb der Behausung des Sachverständigen gemacht sind. Tatsächlich ist letzteres der Fall, da die Wohnung bezw. Behausung des Sachverständigen über 200 Meter von dem Gebäude entfernt liegt, zu dem hin die Vorbesuche behufs genauerer Feststellung des Geisteszustandes des Inkulpaten gemacht sind.

Das Königliche Landgericht nimmt an, daß der Privatwohnung des Sachverständigen hinsichtlich der Besuche der Ort gleichstehe, in dem er seine Berufsgeschäfte regelmäßig erledige, auch wenn dieser Ort von seiner Privatwohnung getrennt sei, daß die Heilanstalt der Privatwohnung gleichstehe und zwar sämtliche Räume der Anstalt, nicht nur die als Krankenabteilung bestimmten Räume, und daß der Sachverständige als derjenige anzusehen sei, der den Besuch empfange.

Dieser Auffassung ist zu widersprechen, da der Begriff „Anstalt" und „Privatwohnung des Arztes an der Anstalt" sich nicht decken. Was den erstern anlangt, so erstrecken sich die verschiedenen, für Kranke etc. bestimmten Gebäude der hiesigen Anstalt über ein Terrain von über ca. 50 Morgen, und es entspricht weder dem Wortlaute noch der Wirklichkeit, ein solches Terrain mit allen seinen verschiedenen Gebäuden, Räumen und Einrichtungen den Privatwohnungen der verschiedenen an der Anstalt tätigen Ärzte gleichzustellen oder als Privatwohnung der verschiedenen an der Anstalt angestellten Ärzte, Beamten etc. anzusehen. Es ergibt sich dies auch aus der Anstellung der einzelnen Ärzte, indem den definitiv angestellten Ärzten eine von den Anstalts- bezw. Kranken- etc. Gebäuden fernliegende besondere Familienwohnung mit Garten zu eigenem, selbständigem Gebrauch überwiesen wird, übrigens aber jede weitere Nutznießung aus den Anstaltszugehörigkeiten verboten ist. Einer der hiesigen Ärzte hat, da eine geeignete Familienwohnung hier nicht mehr zur Verfügung stand, seiner Verheiratung wegen eine von dem sogenannten Anstaltsterrain ca. 15 Minuten entfernte Wohnung bezogen, wird aber seine Berufsgeschäfte hier wie früher erledigen: aus letzterem Grunde das hiesige sogenannte Anstaltsterrain als Privatwohnung ansehen und annehmen zu wollen, daß dieser Arzt bei der Erledigung seiner ärztlichen Tätigkeit die Besuche der Kranken hier empfängt, würde weder dem Wortlaut noch der Wirklichkeit entsprechen, da er tatsächlich die Besuche bei den Kranken außerhalb seiner Behausung macht. Voraussichtlich werden binnen kurzem auf einer ca. 25 Minuten von dem jetzt hier bebauten sogenannten Anstaltsterrain entfernt liegenden, der Anstalt aber zugehörenden Fläche noch weitere Gebäude für Unterbringung von Kranken gebaut werden: wohl kaum wird jemand mit Fug und Recht die Ansicht vertreten wollen, daß ein Anstaltsarzt, der die Kranken dann täglich besucht, bei diesem Besuche in seiner Privatwohnung sich befindet, oder die Besuche der Kranken daselbst in seiner Privatwohnung empfängt.

Es mag auch ferner noch bemerkt werden, daß der einzelne Anstaltsarzt in seiner ihm dienstlich überwiesenen Privatwohnung bezw. Behausung selbständig ist und frei in ihr schalten und walten kann, auf den ihm überwiesenen Krankenabteilungen aber nicht selbständig verfügen kann, sondern hier auf die sorgsame Beachtung der dienstlichen Bestimmungen hingewiesen ist.

Die Auffassung des hiesigen Königlichen Landgerichts, daß für die von einem Anstaltsarzte bei einem in einem der Anstalts-Krankengebäude untergebrachten Untersuchungsgefangenen zur Erstattung eines bald mehr bald weniger umfangreichen, mit wissenschaftlichen Gründen unterstützten Gutachtens ausgeführten Vorbesuche Gebühren nicht erhoben werden können, vermag ich nicht zu billigen und wird auch, wie die in Abschrift beigefügten Schreiben des Königlichen Amtsgerichts zu H. vom 10. Januar cr. und des ersten Staatsanwalts bei dem Königlichen Landgericht zu E. vom 8. Februar ds. Js. ergeben, von andern nicht geteilt.

Die Provinz Westpreußen hat die Aufnahme Untersuchungsgefangener in eine ihrer öffentlichen Irrenanstalten an bestimmte Bedingungen geknüpft und führe ich von diesen nur die an, daß „den Sachverständigen soviel Vorbesuche gestattet und bezahlt werden, als ihnen für die Abgabe eines bestimmten Urteils notwendig erscheinen". Die Berechtigung, für diese Vorbesuche auch Gebühren zu erheben, ist von dem Herrn Justizminister in einem an den Herrn Minister des Innern gerichteten Schreiben J. Nr. 8678 vom 28. März 1907 anerkannt, indem in diesem Schreiben u. a. hervorgehoben wird:

> „Welche Gebühren den Sachverständigen zustehen, regelt sich ferner nach der Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige in Verbindung mit dem Gesetze vom 9. März 1872. Es wird allerdings dagegen nichts zu erinnern sein, daß ein Sachverständiger im Voraus die Ermächtigung nachsucht und erhält, soviel Vorbesuche machen zu dürfen, als für die Begutachtung erforderlich sind. Trotz einer solchen Ermächtigung bleibt dem Gerichte die Möglichkeit der Nachprüfung, ob die gemachten Vorbesuche auch wirklich erforderlich waren."

Ebenso haben auch die Herren Minister des Innern und Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten in einem Schreiben an den Herrn Oberpräsidenten der Provinz Westpreußen M. d. I. IVa 1352 und M. d. g. A. M. 8743 vom 10. Januar ds. Js. die Bestimmung als berechtigt anerkannt, den Ärzten der betreffenden Anstalt als Gutachter die Zahl der Vorbesuche zur Vorbereitung des Gutachtens zu überlassen.

Hiernach stelle ich unter Hinweis auf die Entscheidung des Königlichen Kammergerichts vom 30. April 1907, die sich dahin ausspricht, daß es unbillig sei und der Absicht des Gesetzes auch nicht entsprechen würde, die vorbereitende Mühewaltung des Beamten nicht zu entschädigen, den Antrag:

> den Bescheid des hiesigen Königlichen Landgerichts, Strafkammer 6 J. 1156/07 vom 12. cr., der die beantragten Gebühren für die in der Untersuchungssache ·/. K. behufs Feststellung des Geisteszustandes der p. K. gemachten Vorbesuche nicht zugebilligt, aufzuheben und die für die drei Vorbesuche liquidierten Gebühren in Höhe von 9 Mark anzuweisen.

gez. Dr. F.

An
das Königliche Landgericht,
Strafkammer zu M.

(Schluß folgt.)

Der Fall Pastor Lang.*)

Von Dr. *H. Schaefer*, Oberarzt a. D. der Irrenanstalt Friedrichsberg-Hamburg.

Gerlach sagt, es seien ihm verschiedene Zuschriften, eine sogar jenseits der deutschen Grenze, zum Fall Lang zugegangen, in denen eine Wiederaufnahme als erforderlich bezeichnet werde. Zwei Tage vor der Urteilsfällung ist an den Vorsitzenden das Schreiben eines Arztes (Name unbekannt) eingegangen, wovon ich am 5. v. Mts. Kenntnis erhalten, daß L. an Verfolgungswahn leide. Zwei Tage nach dem Urteil habe ich ein Schreiben an das Konsistorium gerichtet, in dem ich den starken Verdacht, daß L. an Paranoia leide, aussprach, und am 8. September habe ich den Verdacht zur Behauptung erhoben. Nach Zeitungsberichten. Wir wissen, daß solche mit Vorsicht zu verwenden sind, hauptsächlich hinsichtlich der Gutachten Sachverständiger, die oft unzuverlässig wiedergegeben werden. Aber oft genug ergeben die Berichte geradezu unzweideutiges Material. Wiederholt ist durch Einflüsse von außen auf Grund derselben ein Urteil aufgehoben worden. Zweimal auf meine Veranlassung, ohne daß ich jemand von den Prozeßbeteiligten gesehen habe. (Siehe Vierteljahrsschrift 1908, Jan. — Diese Wochenschrift, 1906, 24 auch 22.) Mir haben die Berichte von zwei Berichterstattern vorgelegen, auch sind mir die wesentlichen Angaben von Prozeßbeteiligten bestätigt worden.

Ich glaube nicht, daß der Leser nach der Darstellung Gerlachs ein klares Bild gewonnen hat. Auffällig wird auch erscheinen, daß G. sich selbst für eine Wiederaufnahme ausspricht, obwohl er in seinem Gutachten § 51 verneint hat. Noch auffälliger, daß G. eine günstige Wandlung für L. von einem Geständnis abhängig machen will. Ich weiß nicht, warum?

G. sagt: Keine erbliche Belastung? Erst von mir sind Erhebungen beim einzigen Bruder des L. gemacht und am 11. September festgestellt worden: Die Urgroßmutter mütterlicherseits ist, 26 Jahre alt, im Wahnsinn an der Kette gestorben. Der Vater ist ein reizbarer, bei kleinsten Anlässen zu heftigen Zornausbrüchen neigender Mann gewesen. Eine Cousine (Tochter der Schwester der Mutter) war geisteskrank, glaubte, ihr Sohn werde verfolgt, durchsuchte jeden Wagen nach dem geraubten Sohn, als der Soldat war. Dieser Sohn gilt allgemein als unzurechnungsfähig, einige seiner Kinder sind nicht normal, ein Sohn beging 15 Jahre alt impulsiv Selbstmord durch Sturz in einen Brunnen. Ein Neffe des L., Sohn des Bruders, hat als 20 Jähriger Tauben, Hühner und einen großen Enterich erwürgt und behauptet, der Marder habe es getan, nachdem ein solcher wirklich gewütet hatte, erlegt und die Tiere umquartiert worden waren, wobei er selbst eifrig geholfen hatte.

Über die Jugend gibt der Bruder an: Als L. 19 Jahr alt war, die Glocken am 1. Weihnachtstage läuteten, erklärte er, er könne nicht im Haus bleiben, er müsse raus und fort. Als der Bruder die Tür schloß, sprang er zum Fenster heraus und kam erst spät abends wieder. Phantasie und Wirklichkeit gingen bei ihm leicht ineinander über, Vorgänge erschienen ihm anders, als sie in der Tat waren, kleine Streitereien nahmen große Bedeutung an, er hing ihnen lange nach.

Ein Zeuge K., Professor der Astronomie, der L. vor vierzig Jahren gekannt hat, bekundet, daß L. überall Intriguen witterte, denen er mit klügeren zuvorzukommen suchte, daß er sich überschätzte, in den Vordergrund drängte, renommierte, von seinen Kameraden nicht ernst genommen wurde, daß der Vater klagte, der Junge mache ihm viel Sorge. Als der Zeuge von der Anklage gehört, hat er sofort an die Staatsanwaltschaft einen Brief geschrieben, worin er die Ansicht aussprach, daß die originäre Anlage des L. möglicherweise zu etwas Schlimmerem ausgewachsen sein könnte, da er ihm Schlechtigkeiten, wie die inkriminierten, nicht zutrauen könnte. Sein Verdacht hat sich durch die mündliche Verhandlung verstärkt, besonders durch die Aussagen des Zeugen U. (Gefängnisinspektor), der seinerseits eine Bemerkung des L.: „sehen Sie, hier steht der Name des Regenten, das ist ein Zeichen, daß meine Sache gut steht", auffallend findet. K. hat an L. eine Anlage bekundet, die exquisit paranoisch ist. Ich würde nicht widersprechen, wenn jemand sagen wollte, das ist schon Paranoia. Bei Paranoia gegen nächste Verwandte, ich habe solche bei einer Dame gegen die Mutter, bei einer andern gegen den Sohn kennen gelernt, besteht der Wahn-Inhalt mitunter nur darin, „daß der Verwandte überall intriguiert". Indes begnügen wir uns mit der Anlage.

Die ersten drei Jahre des Pfarramts in S. sind ausgefüllt durch Reibereien mit Gemeindemitgliedern und Schulzen, bei denen sich weltliche und geistliche Behörden auf Seiten der letzteren stellen. Wegen unpassenden Betragens am Charfreitag (Musizieren mit Gemeindemitgliedern in einer Wirtschaft) sollte L. diszipliniert werden, er ging vorher ab und wurde Rektor in Z. 1881 kam er nach H. Oktober 1894 geht der Vorhang hoch. Dieser Zeitpunkt ist von größter Wichtigkeit: Geistige Erkrankung und Beginn der anonymen Briefschreiberei fallen zusammen. L. war so krank, daß er einen Vertreter hatte, daß das Konsistorium an seine Zwangspensionierung dachte, davon nur abstand, weil der Physikus den Zustand „reizbarer Nervenschwäche" als vorübergehend bezeichnet hatte. L. lag meist zu Bett, hatte heftige Kopfschmerzen, konnte nur mit Unterstützung gehen. Ein Ober-Konsistorialrat sagte aus, daß L. damals „nicht klar im Kopfe war". „Die Berichte waren verworren." Nach Angabe des Sohnes ging der Erkrankung zweierlei voraus. Einmal eine scharfe Beschwerde des Kantor W., welche als Ursache angesehen wurde. Dann war L. auf einem Ritte vom Pferde gerutscht und hatte dasselbe im Regen

*) Siehe Nr. 25 und 26.

1½ Stunde zurückgeführt. (L. hat als Primaner den Feldzug mitgemacht.) L. soll seinerzeit dieser Ursache keine Bedeutung beigemessen haben. Inzwischen gingen anonyme Denunziationen gegen L. ein. L. sollte vor dem Konsistorium erscheinen. Statt dessen kam dort ein Entschuldigungsschreiben, nicht von seiner Hand, aber von ihm unterschrieben, an (23. Oktober). Am 14. August 1895 sollte er darüber Aufschluß geben, er bestritt, sich genau erinnern zu können, vielleicht habe ein Amtsbruder den Text aufgesetzt. Am 24. August tauchte die Person eines gewissen Seidel, früheren Lehrers in Z. auf. Um diesen Seidel dreht sich die ganze Frage. Dieser Seidel sandte an dem Tage den von G. zitierten Brief, den „Seidelbrief", die Handschrift wies Ähnlichkeit mit der des Entschuldigungsbriefes auf. L. berichtete damals und wiederholte in der Verhandlung, dieser Seidel benutze den Kantor W. und seine Partei, um ihn zu verfolgen, er sei ihm von 1890 bis 1895 (zuletzt 6. August) sechsmal in belästigender Weise entgegen getreten. Festgestellt wurde, daß Seidel seit 1884 nach Amerika ausgewandert ist. Neben dieser Tatsache hat sich L. immer unbestimmt über die Person geäußert. Von der Begegnung in Kissingen sagt er (s. Gerlach): „ein vollständig verkommener Mensch, der sich als dieser Seidel ausgab", „er würde Zweifel an der Person gehabt haben, wenn nicht verschiedene Erkennungszeichen vorgelegen hätten" (in einem Bericht an das Konsistorium). Als Seidel auf der Ausstellung in Erfurt erscheint, droht er, er werde sich für seinen Bruder ausgeben, dessen Visitenkarten er besitze, und sich unter L.s Fenster aufhängen. L. ist gleich abgereist, wie in Kissingen. Je einmal ist ihm Seidel auf den Bahnhöfen Kreiensen und Sandersheim, einmal vor dem Pfarrhof erschienen, zuletzt in Gotha, wo er durch den Kellner während eines Diner Geld erpreßte. Einem Gendarm gegenüber erklärte S. schon 1895, es könne auch ein „Seidler" sein, den der Kantor W. immer „im Munde führe". Einmal hat er gesagt: „Seidel habe sich zwar stark verändert, müsse es aber sein, da er genau um die Verhältnisse in Z. Bescheid wußte." In der Untersuchung erklärte er erst: „ich habe keinen Zweifel, daß es Seidel war", acht Tage später, nachdem er gehört, daß Seidel in Amerika sei, er glaube schon lange nicht mehr, daß es Seidel gewesen, er könne auch getäuscht worden sein, es müsse ein „Doppelgänger" sein, ein „Schwindler".

Aus diesen beiden Vernehmungen hauptsächlich leiten Staatsanwalt und Gericht eine „Fiktion" des großen Unbekannten her. L. hat aber niemals gesagt: es war Seidel, sondern bevor er wußte, daß S. in Amerika war: ich habe keinen Zweifel, daß der Mensch, der sich immer wieder an mich herandrängte, derselbe war, wie der frühere Lehrer Seidel aus Z. Wenn zwei Staatsanwälte in der Dämmerung um die eine Ecke des Theaters gehen, um die andere Ecke einige Herren, und der eine Staatsanwalt sagt zum andern über einen derselben: „ich zweifle nicht, daß das der Präsident war", so bedeutet das niemals soviel wie „das war der Präsident". In dem Ausdruck „ich zweifle nicht" liegt immer ein Zweifel an der objektiven Realität. Das ist bei der Feststellung der „Fiktion", der „Lüge" übersehen worden. Es kommt hinzu, daß L. schon 1891 einmal krank war, und ein Pastor sich äußerte: „er war körperlich und geistig hinfällig, die Frau weinte über die Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen des Mannes". Damals waren die Reibereien mit W. schon im Gange ohne anonyme Schreibereien.

Von den anonymen Schreiben an das Konsistorium lautete eines: „Untersucht mich, ich bin verrückt. Fr. Bertram." Seidel hatte in seinem Briefe L. als verrückt bezeichnet.

1906 wird die anonyme Briefschreiberei, die nie ganz geruht, wieder akut. Außer den von G. bezeichneten Briefen führe ich noch an:

Eine Frau K. erhielt drei anonyme Briefe. Im ersten wird ihr eine Belohnung von 100 M. versprochen, wenn sie aussage, L. habe ihr eines Morgens in der Unterhose das Haus geöffnet, im zweiten erklärt der Anonymus: „er sei von einem 19jährigen dummen Jungen getäuscht", es sei gut, daß die Zeugin sich auf nichts einlasse, das dritte lautet: „Briefe verbrannt? Antwort A. Z. postl. Seesen." Frau K. sollte über das Gerücht, der Pastor unterhalte Beziehungen zum Dienstmädchen, vernommen werden.

Der Anfall nach der Haussuchung stellt ein Persekutionsdelir dar, er ist von G. als pathologisch bezeichnet und begründet worden. Ebenso unterlegt G. dem Suizidversuch am 31. März d. J. einen psychotischen Zustand. Nach Angabe des Sohnes hat L. ein Jahr vor der Haussuchung nachts einen Anfall gehabt, in dem er laut um Hilfe gerufen hat. L. ist nach der Beobachtung auf Grund des § 81 bis zur Verhandlung, also noch drei Monate in Königslutter geblieben.

In der Verhandlung bekunden mehrere Zeugen, L. sei ein heftiger, aufbrausender Mensch, der an Stimmungswechsel leide, die Heftigkeiten gingen schnell vorüber. Ein Lehrer sagt aus, er habe einmal an seiner Zurechnungsfähigkeit gezweifelt. Amtsbrüder bekunden, L. sei in wissenschaftlichen Dingen zerfahren.

Ein Mitgefangener, Kaufmann K. sagt aus: L. habe manchmal Äußerungen gemacht, die in ihm Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit erweckt hätten, so habe L. auf „Zeichen in der Zeitung" hingewiesen und gesagt, aus diesen Zeichen sehe er, daß seine Sache gut stehe, einmal habe er geäußert, er brauche nur dreimal an die Wand zu klopfen, dann komme seine Sache in den Landtag, er müsse dicht an der Mauer entlang gehen, um gegen Späher gedeckt zu sein. 17 Dankelsheimer hätten sich gegen ihn verschworen, um sechs Meineide zu schwören, es bestehe ein Komplott von Juristen gegen ihn, besonders einer mit einem großen Schnurrbart sei gegen ihn. (Gemeint Staatsanwalt Reinking.) In der Verhandlung behauptet L., der Zeuge habe das alles gesagt. Der Zeuge sieht in der Verhandlung den Staatsanwalt zum ersten Mal. Gefängnisinspektor W. sagt aus: L. sagte eines Tages zu mir: „Sehen Sie, hier (in der Zeitung) steht der Name des Regenten, das

ist ein Zeichen, daß meine Sache gut steht." (Siehe oben.)

In der Nacht vor dem letzten Verhandlungstage hat L. wiederum zwei delirante Anfälle, die vom Gefängnispersonal als Tobsuchtsanfälle bezeichnet worden sind, durchgemacht, den ersten $^3/_4$ bis 1 Stunde lang um 11 Uhr, den zweiten $6^1/_2$ Uhr von halbstündiger Dauer. Zwei Aufseher haben ihn an Händen und Füßen gehalten. Nach dem zweiten Anfall hat L. energisch verlangt, man möge ihm den Zutritt zum Geländer gestatten, um zusehen zu können, „wer unten herumlaufe" (vom dritten Stockwerk). Auf den Verdacht des Gefängnisinspektors, er wolle sich herabstürzen, hat L. auf Ehrenwort versichert, daran denke er nicht, er wolle nur sehen, „wer unten sei?" In der Verhandlung gab er dieselbe Erklärung ab und zeigte einen Bindfaden vor, mit dem er sich hätte erhängen können. Vor den Anfällen hat L. auf einem Zettel geschrieben, diesen aber dann verbrannt, der Aufseher konnte nur einen Rest retten. Die Schrift stimmte mit der anonymer Briefe überein. Die Anfälle hat L. selbst auf die Erregung geschoben, die er über die Vereidigung seines Todfeindes W. empfunden hat. Das Gericht setzte einstweilen die Verhandlung aus und ließ den Direktor von Königslutter telegraphisch rufen. Dieser konstatierte eine starke Erschöpfung bei dem Angeklagten, erklärte ihn indes für verhandlungsfähig.

L. hat nie die geringste Spur der Absicht an den Tag gelegt, für geisteskrank gehalten zu werden, im Gegenteil seine geistige Gesundheit betont. Die Verteidigung hatte bemerkt, wenn L. den Selbstbezichtigungsbrief geschrieben hätte, müßte er unzurechnungsfähig sein.

Nach Angaben des Sohnes (nach der Verurteilung) hat L. immer an nervösen Magenbeschwerden gelitten, ist nicht gern gereist in der Befürchtung, das Kloset könnte nicht in der Nähe des Zimmers sein. In der Krankheit 1894 soll er geäußert haben, wenn er denken wolle, sei ihm, als ob der Kopf auseinander springen müßte. Er ist stets sprunghaft in Gedanken gewesen. Bei einem Besuch des Sohnes in Königslutter in der dritten Woche ist er bald von der Sache abgesprungen und hat von Kranken erzählt. Ebenso hat er mit einem der Verteidiger kurze Zeit vor der Verhandlung bald über Eigentümlichkeiten von Kranken gesprochen. Dem Sohne hat er mitgeteilt, von dem Komplott der Juristen habe er von dem Kaufmann K. gehört. Am Morgen des letzten Verhandlungstages hat er zu einem der Verteidiger gesagt, die Dankelsheimer (die Verschworenen) seien doch in Braunschweig gewesen, ebenso hat er diesem Verteidiger den Kaufmann K. als Spion bezeichnet. Beide Äußerungen hat der Verteidiger für Wahnideen gehalten, seine Ansicht auch dem Sachverständigen geäußert. Noch nach der Verurteilung hat L. zum Sohn gesagt, die Dankelsheimer hätten mit Tausendmarkscheinen einen Rechtsanwalt (!) zu seiner Vernichtung bestimmen wollen. Von seiten der Familienmitglieder ist niemals an Geisteskrankheit gedacht worden, sie glauben immer an die Unschuld.

Pastor L. leidet an Paranoia mindestens seit 1890. Die Seidelerscheinungen sind Halluzinationen (Illusionen) gewesen. Dafür spricht die eigene Unsicherheit, die L. immer hinsichtlich der Person gehabt hat. Nach zehn Jahren erkennt man eine erwachsene Person, der man dienstlich so nahe gestanden hat, meist bald, beim Sprechen sofort wieder, erst recht, wenn man sie dann öfters wiedersieht. Der Seidelbrief ist der sicherste Beweis, daß L. der Täter ist, denn kein Mensch außer ihm wußte etwas von S. Seidel ist auch nicht der große Unbekannte. Einmal ist er ja genau bezeichnet, eine reale Person, dann wird der große Unbekannte immer erst in der Voruntersuchung eingeführt. Seidel beherrscht hier die Szene lange bevor der Verdacht der Tat vorliegt. Für den großen Unbekannten könnte nur der Seidler in Betracht kommen, da der gar nicht existiert, für diesen weiß L. aber wieder gar kein Charakteristikum anzugeben, worin doch sonst Verbrecher nie verlegen sind. Die ganze Schreiberei beginnt gleichzeitig mit schweren geistigen Erkrankungen. Dann kommt hinzu, daß L., abgesehen von der Anlage, sonstige paranoische Erscheinungen, „die Zeichen in der Zeitung", die Furcht „beobachtet zu werden", Wahnideen der Verfolgung und Verfolgungsdelirien, neue Wahnideen nach solchen zeigt. Auf Wahnideen und Sinnestäuschungen hat L. seine strafbaren Taten aufgebaut, d. h. zur Zeit der Tat war seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen. Der Obergutachter ist in Sicht.

Referate.

— Das zweite Gesicht (die „Vorgeschichten") nach Wirklichkeit und Wesen. Von Prof. Dr. Fried. Zurbonsen, Köln a. Rh. Verlag und Druck von J. P. Bachem.

In vorliegender Schrift gibt Verf. eine Schilderung der Geschichte und des Auftretens des sog. „zweiten Gesichts". Eine Menge angeblich bezeugter Fälle sollen den Leser zum Glauben an den Geist des „zweiten Gesichts" bekehren und ihm klar machen: „daß es mehr Ding im Himmel und auf Erden gibt, als unsere Schulweisheit sich träumen läßt". Verf. kommt zum Schluß zu den interessanten Sätzen: 1. Das zweite Gesicht ist das plötzliche Hervortreten eines hellsehenden Traumes im wachenden Zustand. 2. Es stellt eine aus dem Unterbewußtsein der Seele aufsteigende starke Ahnung dar. 3. Diese Ahnung gestaltet sich explosiv zum Bilde einer vorempfundenen Wirklichkeit. 4. Der Vorgang beruht wohl auf

einer plötzlichen Versenkung der Seele in das Universum, wodurch die in ihr schlummernde Fähigkeit des Vorwissens zum Vorschauen gestaltet wird. 5. Das zweite Gesicht läßt auf eine unendliche Geistigkeit der Seele schließen, ist aber an sich eine abnorme, auf Verschiebung der geistigen Kräfte beruhende psychologische Erscheinung." Das mag genügen.

Plesch-Hubertusburg.

Unserer heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma Kalle & Co., A.-G., Biebrich, betr. „Neuronal" und „Jodol" bei, worauf wir unsere Leser noch besonders aufmerksam machen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler Lublinitz in (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. **Nr. 34. 1908.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der **Provinzial-Irrenanstalt bei Neustadt** an der Ostsee (Holstein) ca. 950 Kranke, mit welcher eine **Poliklinik für Nervenkrankheiten verbunden** ist, ist die durch Beförderung des bisherigen Inhabers zum Oberarzt freigewordene Stelle eines

ersten Hilfsarztes

zu besetzen. Gehalt 2500 M. neben vollständig freier Station. Voraussichtlich wird noch in diesem Jahre eine Neuregulierung der Gehalts- und Avancementsverhältnisse für die Anstaltsärzte der hiesigen Provinz eintreten.

Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion zu richten.

Arzt gesucht

für mittl. Heilanstalt i. d. Provinz Sachsen zum 1. 1. 19.. **bei ca. 4000 M. gesucht.** Meldungen unter Chiffre **M. G. 33..** an **Daube & Co., Berlin SW. 19.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 34. 14. November 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Über die Anrechnung von Vorbesuchen bei der Erstattung gerichtlicher Gutachten.

Von Dr. *H. Lachmund*, Abteilungsarzt an der Prov.-Heilanstalt zu Münster i. W.

(Schluß.)

Auf diese Beschwerde erfolgte nachstehende Entscheidung des Königl. Landgerichts, Strafkammer hierselbst vom 17. April ds. Js.

6 J. 1156. — 07/16.

Beschluß.

In der Strafsache wider die Dienstmagd Anna K. aus V. wegen Kindesmordes wird auf die als „Beschwerde" bezeichnete Remonstration des Sachverständigen Fr. in Münster vom 16. März 1908 gegen die Zahlungsanweisung des Vorsitzenden der I. Strafkammer des Königlichen Landgerichts in M. vom 12. März 1908 beschlossen:

die dem Sachverständigen für die Erstattung des schriftlichen Gutachtens vom 5. März 1908 zu zahlende Gebühr wird auf 30 M. — dreißig Mark — festgesetzt.

Diese Entscheidung ergeht gebührenfrei.

Gründe.

Der Sachverständige hat am 5. März 1908 ein ausführliches, mit wissenschaftlichen Gründen unterstütztes schriftliches Gutachten über den Geisteszustand der Angeschuldigten erstattet, nachdem diese zufolge Gerichtsbeschlusses gemäß 81 St. P. O. vom 18. Januar bis zum 25. Februar 1908 in der bezeichneten Anstalt untergebracht gewesen war. Er hat dafür neben der Gebühr für Erstattung des Gutachtens in Höhe von 24 M., sowie der Schreibgebühr in Höhe von 6 M. — Beträge, die zu Bemängelungen keinen Anlaß geben — ferner

„für drei Vorbesuche, ausgeführt außerhalb der Wohnung am 14., 17., 20. Februar 1908, à 3 M., zusammen 9 M."

in Rechnung gesetzt. Der Vorsitzende der Strafkammer hat aber diesen Betrag von 9 M. nicht angewiesen, weil die Untersuchungen in solchen Räumen vorgenommen seien, die dem Sachverständigen zu derartigen Berufszwecken regelmäßig zur Verfügung ständen.

Der Sachverständige verlangt nun in der Remonstration die Festsetzung des Betrages. Dieses Verlangen ist nicht begründet.

Für die Höhe der ihm zustehenden Vergütung ist nach § 13 G. O. f. Z. und S. das Gesetz vom 9. März 1872 allein entscheidend, weil darin Taxvorschriften über die Ansprüche der Ärzte für die Erstattung von Gutachten enthalten sind. Danach steht dem Sachverständigen ein Anspruch auf die berechneten 9 M. nicht zu.

Namentlich ergibt sich der Anspruch nicht aus § 6 des Gesetzes. Denn diese Vorschrift hat nur solche Vorbesuche im Auge, welche der Sachverständige außerhalb der ihm zu Berufszwecken regelmäßig zur Verfügung stehenden Räume vornimmt, nicht aber solche, die er in Räumen der bezeichneten Art empfängt. (Vergl. J. M. Bl. 1893, S. 135 f.)

Für die Frage, ob der Sachverständige einen Besuch vornimmt oder empfängt, ist es ohne Belang, ob er selbst oder die zu untersuchende Person zuerst den Raum betritt. Entscheidend ist dafür vielmehr nach dem allgemeinen und richtigen Sprachgebrauche lediglich die Örtlichkeit, an welcher die Zusammenkunft stattfindet.

Unbedenklich ist danach der Sachverständige als derjenige anzusehen, der den Besuch empfängt, wenn die Zusammenkunft in seiner Behausung stattfindet. (Vergl. J. M. Bl. a. a. O.) Seiner Privatwohnung steht aber in dieser Hinsicht der Ort gleich, wo er regelmäßig seine Berufsgeschäfte erledigt, oder der ihm zu diesem Zwecke regelmäßig zur Verfügung steht. Demgemäß hat das Kammergericht in einem Beschlusse vom 22. Dezember 1905 mit Recht sogar angenommen, daß ein Gerichtsarzt, der im Leichenschauhause eine Person untersucht hatte, einen Besuch dieser Person nicht gemacht, sondern empfangen habe, weil der Raum ihm wie den anderen Gerichtsärzten regelmäßig zur Verfügung stehe. Entfaltet der Sachverständige seine regelmäßige Berufstätigkeit in einer Heilanstalt, so steht hiernach auch diese der Privatwohnung insoweit gleich, und zwar sämtliche Räume der Anstalt. Dabei ist es unerheblich, ob die Privatwohnung des Sachverständigen, wie dieser in der Remonstration angibt, von den übrigen Anstaltsgebäuden mehrere hundert Meter entfernt ist, ob die Anlagen der Anstalt von großer räumlicher Ausdehnung sind, sowie ob der einzelne Anstaltsarzt über die Räume frei verfügen kann, oder ob der Direktor der Anstalt im Einzelfalle besondere Anordnung darüber trifft, welcher Raum dem Sachverständigen zum Zwecke der Untersuchung zur Verfügung stehen soll. Unerheblich würde es auch sein, wenn der Sachverständige, was nach seiner Darstellung für ihn übrigens nicht zutrifft, eine nicht zu der Anstalt gehörige,

von ihr weit entfernt liegende Privatwohnung inne hätte, und wenn die Gebäude der Anstalt auf verschiedenen, räumlich nicht zusammenhängenden Grundstücken belegen wären.

Der Sachverständige hat nun nach seiner eigenen Darstellung die besonders in Rechnung gestellten Untersuchungen in einem Raume der Anstalt vorgenommen, deren Arzt er ist. Er hat mithin den Besuch der Angeschuldigten „empfangen", nicht aber „Vorbesuche außerhalb der Wohnung gemacht". Nach § 6 a. a. O. ist daher seine Forderung nicht begründet. Daran ändert auch die — hinsichtlich ihrer Richtigkeit vom Gerichte nicht in Zweifel gezogene — Angabe des Sachverständigen nichts, daß die Untersuchungen nötig und zeitraubend waren, und daß sie nicht mit den dienstlichen Rundgängen des Sachverständigen durch die Anstalt verbunden werden konnten. Diese Umstände sind bereits in dem vollen gesetzlich zulässigen Umfange berücksichtigt, indem für die Erstattung des Gutachtens dem Sachverständigen die höchste nach § 3 Ziffer 6 a. a. O. zulässige Gebühr zugebilligt worden ist. Dies folgt aus dem Abs. 2 der Vorschrift, laut welchem die höheren Sätze nur dann zugebilligt werden sollen, wenn die Untersuchung mit besonderen Schwierigkeiten verknüpft ist.

Der Anspruch des Sachverständigen erscheint auch nach § 10 des Gesetzes nicht begründet. Denn diese Vorschrift bezieht sich nach dem Wortlaute und der Entstehungsgeschichte nur auf solche Fälle, für welche das Gesetz eine Vergütung an sich vorschreibt, ohne aber ihre Höhe zu bestimmen.

Ob der Anspruch begründet wäre, wenn dem Sachverständigen von vornherein auf sein Ansuchen die Ermächtigung zu den besonders in Rechnung gesetzten Untersuchungen gegen besondere Vergütung erteilt worden wäre, kann dahingestellt bleiben, weil dieser Fall nicht vorliegt. Ebenso kann dahingestellt bleiben, ob der Sachverständige für fortgesetzte Beobachtung der Angeschuldigten auf Grund des § 10 eine besondere Vergütung würde fordern können, da er den fraglichen Betrag nicht hierfür, sondern für die drei Untersuchungen fordert.

Hiernach rechtfertigt sich die Entscheidung § 17 G. O. f. Z. und S.

M., den 17. April 1908.

Königliches Landgericht, Strafkammer I.
gez. N., R., B.

Ausgefertigt:

Münster, den 22. April 1908.

Der Gerichtsschreiber des Königlichen Landgerichts,
Strafkammer.
(Unterschrift unleserlich.) Aktuar.

Siegel.

Herrn Dr. F.

Gegen diesen Beschluß des Königl. Landgerichts wurde diesseits weitere Beschwerde beim Königl. Oberlandesgericht zu H. erhoben:

Betrifft den Beschluß des hiesigen Königlichen Landgerichts Strafkammer vom 17. April d. Js. J. 6. J. 1156 — 07/16 in der Strafsache wider die Dienstmagd Anna K. aus V.

Münster, den 27. April 1908.

Gegen den nebenstehend angeführten Beschluß des Königlichen Landgerichts Strafkammer wird hierdurch weitere Beschwerde erhoben. Unter Bezugnahme und Aufrechterhaltung der in meinen Beschwerden vom 29. Oktober 1907 und vom 16. März d. Js. enthaltenen Ausführungen erlaube ich mir nochmals hervorzuheben, daß die hiesige Gesamtanstalt mit ihren verschiedenen Krankenhäusern, wirtschaftlichen Gebäuden und Beamtenwohnungen weder nach dem Wortbegriff noch nach der praktischen Bewertung als „Behausung" des einzelnen Anstaltsarztes angesehen werden kann, da diesem als „Behausung" besondere Räume als Dienstwohnung überwiesen werden. Die Tätigkeit der einzelnen Anstaltsärzte ist auch eine verschiedene, indem der eine vorzugsweise auf bestimmten Frauenabteilungen, der andere auf bestimmten Männerabteilungen, ein dritter wieder auf verschiedenen Abteilungen der Frauen- und Männerseite etc. seine dienstlichen Verrichtungen zu versehen hat, so daß der oder die zur Beobachtung überwiesene Kranke auf einer ganz anderen Abteilung sich befinden kann, als sie gerade dem betreffenden Arzte, der die Vorbesuche zur Erstattung des Gutachtens macht, untersteht.

Bei der Ausführung dieser Vorbesuche, deren Erledigung die Zurücklegung einer mehr oder weniger langen Wegestrecke erfordert, eine längere oder kürzere Dauer von Zeit in Anspruch nimmt, macht der Arzt dem Kranken bezw. dem zur Beobachtung Überwiesenen einen Besuch, aber er empfängt nicht den Besuch desselben. Wenn der seit einiger Zeit fern vom Anstaltsterrain in der hiesigen Stadt wohnende Abteilungsarzt Dr. R. täglich nach hier zur Anstalt kommt und die ihm unterstellten Kranken untersucht und beobachtet, so wird man doch nicht sagen und annehmen können, daß er, indem er zu den einzelnen Kranken sich hinbegibt und ihre Untersuchung vornimmt, bei Ausübung dieser Tätigkeit den Besuch der Kranken empfange, ebensowenig wie ein anderer Arzt bei Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit auch dort, wo er in einer Familie als Hausarzt eine bestimmte Jahresentschädigung bezieht, die Besuche seiner Klientel daselbst empfängt.

Die Notwendigkeit und große Bedeutung der Vorbesuche, deren Ergebnis, abgesehen von der weiteren ärztlichen Beobachtung, das Material bietet, auf das sich das zu erstattende, mit wissenschaftlichen Gründen zu versehende Gutachten aufbauen muß, wird wohl nicht abgestritten werden können, und damit wird man auch die Berechtigung anerkennen müssen, daß dem Arzte für seine außerordentliche Mühewaltung, für seine außerhalb seiner sonstigen Tätigkeit liegende Aufopferung an Zeit etc., wie dies bei der Ausführung der Vorbesuche der Fall ist, besondere Gebühren zustehen, wie dies auch durch Beschlüsse des Reichsgerichts IV. C. S. vom 6. Februar 1893, V. C. S. vom 11. April 1896, durch Ministerialerlaß vom 7. Mai 1894 anerkannt ist, und weiterhin auch aus dem in meiner Beschwerde vom 16. März d. Js. angeführten Schreiben der Herren Minister des Innern und Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten hervorgeht. Einen jetzt mir zugegangenen Erlaß des Herrn Ministers des Innern vom 14. April d. Js. IVa 296, M. d. g. pp. A. M 6428, der in Abs. 4 die Berechtigung der Vorbesuche und dann doch auch eine Entschädigung für diese anerkennt, erlaube ich mir abschriftlich beizufügen. Hiernach ersuche ich ergebenst, den Beschluß des hiesigen Königlichen Landgerichts, Strafkammer vom 17. cr. aufzuheben und die Berechtigung der für die Vorbesuche berechneten Gebühren in Höhe von 9 M. anzuerkennen.

gez. Dr. F.

An
das Königl. Landgericht
zu M

Die hierauf erfolgte definitive Entscheidung des Königl. Oberlandesgerichts zu Hamm lautete folgendermaßen:

10. W. 241 — 1908.

Beschluß.

In der Strafsache gegen die Dienstmagd Anna K. aus V. wegen Kindesmordes hat

auf die Beschwerde des Sachverständigen Dr. F. in M. gegen den Beschluß des Königlichen Landgerichts, Strafkammer I zu Münster vom 17. April 1908

der Strafsenat des Königlichen Oberlandesgerichts zu Hamm in seiner Sitzung vom 15. Mai 1908, an welcher teilgenommen haben:

der Oberlandesgerichtssenatspräsident W., die Oberlandesgerichtsräte U., V., Landgerichtsrat P., Landrichter R.,

den Beschluß gefaßt:

Die Beschwerde wird zurückgewiesen. Die Kosten fallen dem Beschwerdeführer zur Last.

Gründe.

Die Beschwerde war nach § 17 III der Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige zulässig, aber nicht begründet.

Der Beschwerdeführer hat als Arzt der Anstalt Marienthal in deren Räumen der Angeschuldigten behufs Erstattung eines Gutachtens drei Besuche gemacht, für die er 9 Mark liquidiert. Es können hier zunächst alle die Ausführungen des Beschwerdeführers, mit denen er die Wichtigkeit und Notwendigkeit der Vorbesuche dartut, ausscheiden. Man kann ohne weiteres in Übereinstimmung mit den auch vom Beschwerdeführer angeführten Ministerialreskripten und Entscheidungen annehmen, daß die Zahl der Vorbesuche dem ärztlichen Ermessen überlassen, bei der gerichtlichen Gebührenbemessung möglichst nicht bemängelt werden soll.

Darauf kommt es hier aber nicht an.

Für die Entschädigung des Beschwerdeführers ist das Gesetz vom 9. März 1872, und zwar § 6, maßgebend. Diesem hat die gerichtliche Praxis (cf. R. G. vom 19. I. 1900, J. W. 169[48]) die Auslegung gegeben, daß darunter nur solche Besuche zu verstehen seien, die der Sachverständige dem Kranken macht, nicht solche, die er von diesem empfängt. Es fragt sich also, ob vorliegend die Besuche empfangen oder gemacht waren. Das Kammergericht hat in dem auch vom Vorderrichter angeführten Beschlusse vom 22. Dezember 1905 (cf. Büroblatt für ger. Beamte p. 32) angenommen, daß ein Gerichtsarzt in einem öffentlichen Leichenschauhaus einen Besuch nicht mache, sondern empfange, wenn ihm das genannte Lokal regelmäßig zur Verfügung stehe. Zu dem gleichen Resultat kommt auf Grund der Gesetzentstehung auch die Besprechung der abweichenden Entscheidung des Kammergerichts vom 28. Februar 1905 in dem zit. Blatte 1907 p. 140 (cf. auch J. M. Blatt 1893, 135 ff.). Daß dies richtig ist, wird aber gerade durch den vorliegenden Fall erhärtet. Macht man einmal den Unterschied von empfangenen und gemachten Vorbesuchen, so müßte man, wenn man mit dem Beschwerdeführer die Ansicht des Kammergerichts in dem zit. Beschlusse nicht teilt, als empfangene Vorbesuche lediglich diejenigen ansehen, die der Sachverständige bei sich, d. h. ohne sich aus seiner Wohnung zu entfernen, erledigt. Wenn er also, wie Beschwerdeführer anführt, in einem Nachbarort, auf einem ausgedehnten Anstaltsterrain, 2- bis 300 m von dem Anstaltsgebäude wohnte, wären die in diesem vorgenommenen Untersuchungen gemachte Vorbesuche, und dasselbe müßte, da die größere oder geringere Entfernung natürlich nicht entscheiden kann, gelten, wenn er in größerer Nähe oder in einem gesonderten Teil des Gebäudes wohnte. M. a. W. Anstaltsärzte würden bei der völligen Sonderung ihrer Privat- von den öffentlichen Anstaltsräumen stets Vorbesuche machen, während der nicht beamtete Arzt, bei dem das Sprechzimmer zum Privathause gehört, solche nur empfinge, also trotz sonst gleichen Umständen ohne weiteres weniger erhielte; daß dies Ergebnis unhaltbar ist, liegt auf der Hand. Der vom Beschwerdeführer gewählte Fall des Hausarztes mit fester Remuneration ist ganz abwegig, da es nicht auf den Bezahlungsmodus, sondern darauf ankommt, ob der Sachverständige genötigt ist, den üblichen Kreis seiner Berufsausübung zu verlassen. In diesen Kreis fällt aber bei Anstaltsärzten die Anstalt so gut wie bei Gerichtsärzten das Leichenschauhaus.

Wie weit das gleiche gilt, wenn der Anstaltsarzt nebenher eine Privatpraxis hat, kann hier mangels dahin gehender Behauptungen dahingestellt bleiben. Ebenso untersteht die Frage, ob die hiernach gesetzlich zulässige Entschädigung eine der Mühewaltung des Arztes angemessene Vergütung im Sinne des § 84 St. Pr. O. ist, nicht der richterlichen Beurteilung.

Daß § 10 des zit. Gesetzes nicht anwendbar ist, hat der Vorderrichter bereits mit zutreffenden Gründen ausgeführt. Auch aus § 3 1, 8 des Gesetzes kann seine anderweite Bemessung (cf. den oben zitierten Reichsgerichtsbeschluß) nicht stattfinden, da nach diesen der zulässige Höchstsatz bereits bewilligt ist. Hiernach war die Beschwerde nicht gerechtfertigt und wie geschehen wegen der Kosten nach § 505 Strafprozeßordnung (§ 17 Z. G. O.) zu erkennen.

gez. W. gez. U.

Ausgefertigt!

H., den 27. Mai 1908.

Der Gerichtsschreiber des Strafsenats des Königlichen Oberlandesgerichts,

(Siegel.) gez. O., Aktuar.

Herrn Dr. F.

Hiermit war jede Aussicht, die liquidierten drei Vorbesuche auf dem Beschwerdewege noch nachträglich angewiesen zu bekommen, entschwunden. Aber nicht genug damit. Am 4. Juli d. Js. bekam der betr. Begutachter auch noch die Aufforderung, sämtliche seit Dezember 1905 in Anrechnung gebrachten und ihm von der Gerichtskasse ausbezahlten Vorbesuche dieser zurückzuerstatten!

Das sind natürlich für uns Anstaltsärzte sehr unerquickliche und entwürdigende Verhältnisse. Übrigens sind sie nicht gänzlich neu. Schon im Jahre 1902 berichtet Schultze*), damals noch Privatdozent in Andernach, von einem befreundeten Anstaltsarzt, daß diesem verschiedentlich die liquidierten Vorbe-

*) Zur Liquidation der Vorbesuche im Entmündigungsverfahren. Ärztl. Sachverständigen-Zeitung, 1902, Nr. 15.

suche gestrichen worden seien, weil die Anstalt als die Behausung des betr. Arztes anzusehen sei. Er selbst wendet sich mit aller Energie gegen eine derartige Auffassung und bemerkt mit Recht: „Man kann wohl sagen, der Arzt wohnt in der Anstalt. Aber das berechtigt doch nicht zu der Annahme, die Anstalt sei die Wohnung des Arztes. Das klingt mehr als gezwungen und widerspricht direkt dem Sprachgebrauch.“ Seiner Ansicht seien die Gerichte denn auch beigetreten; es seien ihm in etwa einem halben Dutzend von Fällen die Bezahlung von Vorbesuchen verweigert worden; seine Erwiderung, er wohne zwar mit dem Kranken auf einem Terrain, aber nicht unter einem Dache, sondern in einem gesonderten Hause, habe aber jedesmal genügt, die Verfügung der Zahlung herbeizuführen. Sie hätte in Bonn seitens des Landgerichts einen Beschluß erwirkt: „daß ein Besuch der hier in Rede stehenden Art, bei welchem ein Anstaltsarzt die ihm zur Wohnung überwiesenen Räume verläßt, um den Exploranden in einer anderen Abteilung der Anstalt aufzusuchen, ein außerhalb der Wohnung gemachter Besuch sei, zumal bei einem so ausgedehnten Komplex von Gebäuden, wie die hiesige Provinzialanstalt einen solchen darstellt.“ Das ist wohl nach unser aller Meinung der einzig richtige Standpunkt, der dem natürlichen Empfinden durchaus entspricht. Nur schade, daß er eben von den Gerichten nicht geteilt wird. Diese berufen sich jetzt auf den eingangs zitierten Beschluß des Kammergerichts vom 22. Dezember 1905, nach dem Gebühren für gemachte Besuche nicht gerechtfertigt seien, wenn der Arzt die Untersuchung in Räumen vornähme, die ihm zu derartigen Berufszwecken regelmäßig zur Verfügung ständen. Diesen Beschluß ist jedes Gericht in der Lage, auf unsere Anstaltsverhältnisse anwenden zu können, und es hat somit in jedem Begutachtungsfalle die Möglichkeit, die event. liquidierten Vorbesuche zu streichen. Darüber ist meiner Ansicht nach jede weitere Auseinandersetzung zwecklos. Auf der anderen Seite muß jeder, der die Mühe und zeitraubende Arbeit kennt, die alles in allem die Ausstellung eines mit wissenschaftlichen Gründen motivierten Gutachtens über den Geisteszustand einer Person erfordert, zugeben, daß selbst noch der dafür liquidierbare Höchstbetrag von 24 M. ein beschämend geringer ist. Ich möchte wissen, wieviel da wohl auf eine Arbeitsstunde entfällt; ich glaube in vielen Fällen nicht einmal eine Mark. Und das bei der ständigen Steigerung der Arbeitsbewertung in allen anderen Erwerbszweigen! Gibt es Abhilfe?

Schultze kommt in seiner oben angeführten Arbeit bei dieser Frage zu einem negativen Ergebnis; er empfiehlt nur event. Beschwerde beim Oberlandesgericht. Die ist für uns erledigt. Weiter sieht er keinen Ausweg, „wenn man nicht versuchen wolle, durch eine Beschwerde an die beteiligten Ministerien oder Extraktion einer Entscheidung der Oberrechnungskammer dem Übelstande abzuhelfen.“ Die Oberrechnungskammer steht, wie ich aus einem mir in Abschrift vorliegenden Schreiben vom 7. Nov. 1907 ersehe, auf dem Standpunkte, daß Untersuchungsakte, die ein in der Irrenanstalt selbst angestellter Sachverständiger bei einem in der Anstalt untergebrachten Exploraten vornimmt, als empfangene Vorbesuche anzusehen seien. Anders dagegen stellen sich offenbar zu dieser Frage sowohl der Herr Minister des Innern als der Herr Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten wie auch der Herr Justizminister. Dieses scheint mir wenigstens aus mehreren Schreiben und Erlassen, die sämtlich nach dem zitierten Kammergerichtsbeschlusse vom 22. Dezember 1905 erschienen sind und mir in Abschrift vorliegen, unzweifelhaft hervorzugehen. So schreibt der Herr Justizminister am 28. März 1907 (J.-Nr. 8678) an den Herrn Minister des Innern (s. o.), daß dagegen nichts zu erinnern sei, daß ein Sachverständiger im Voraus die Ermächtigung nachsuche und erhalte, soviel Vorbesuche machen zu dürfen, als für die Begutachtung erforderlich seien. Dem Gerichte bleibe die Möglichkeit der Nachprüfung, ob die gemachten Besuche auch erforderlich gewesen seien. — Weiter entnehme ich einem Erlaß des Herrn Minister des Innern und der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten vom 28. Dezember 1907 (IVa 1352 und 8743), daß es gerechtfertigt erscheine, wenn den Ärzten der Anstalten die Bestimmung über die Zahl der Vorbesuche zur Vorbereitung eines Gutachtens überlassen bliebe. — Schließlich heißt es in einem Erlaß des Herrn Minister des Innern vom 14. April 1908 (IVa 269), daß den Anstaltsärzten die Bestimmung über die Zahl der zur Vorbereitung des Gutachtens erforderlichen Vorbesuche nach sachverständigem und pflichtgemäßem Ermessen überlassen bleiben solle. — Aus all diesen, auch in den obigen Beschwerden bereits erwähnten Ministerialreskripten geht doch deutlich hervor, daß die Anstaltsärzte — und von diesen ist die Rede — bei Erstattung eines gerichtlichen Gutachtens befugt sein sollen, eine gewisse, der Schwierigkeit des Falles angemessene Anzahl von Vorbesuchen machen zu dürfen; nun handelt es sich aber in den sämtlichen Erlassen um nichts anderes als die Gebührenfrage, und in diesem Zusammenhange kann es gar keinem Zweifel unterliegen, daß von den Ministerien als selbstverständ-

lich angenommen wird, daß diese zugebilligten Vorbesuche auch in Rechnung gestellt werden dürfen und dann auch bezahlt, nicht aber gestrichen werden sollen. Das Oberlandesgericht in H. kommt in seiner obigen Entscheidung auf die Reskripte in folgender Weise zu sprechen: „Man kann ohne weiteres in Übereinstimmung mit den auch vom Beschwerdeführer angeführten Ministerialreskripten und Entscheidungen annehmen, daß die Zahl der Vorbesuche dem ärztlichen Ermessen überlassen, bei der gerichtlichen Gebührenbemessung möglichst nicht bemängelt werden solle." Was nützt es mir aber, daß mir überlassen wird, die Zahl meiner Vorbesuche zu bestimmen, wenn mir nachher die angesetzten Vorbesuche doch gestrichen werden?

Meiner Ansicht nach kann das Gericht nicht ohne weiteres an der in den angeführten Erlassen enthaltenen Rechtsanschauung der Herren Minister vorbei, und es empfiehlt sich für die Praxis, gelegentlich einer eventuell demnächst zu erhebenden Beschwerde, in obigem Sinne noch einmal auf die Ministerialerlasse hinzuweisen und damit die Richter zu veranlassen, speziell zu dieser Seite der Frage Stellung zu nehmen.

Aussichtsreicher noch würde es sein, wenn man bei den Herren Landesdirektoren vorstellig würde, ihrerseits geschlossen gegen die entwürdigende Herabsetzung der Sachverständigengebühren Front zu machen und für eine angemessene Erhöhung der Gebühr für das Gutachten selbst, das doch in vielen Fällen einen Umfang von 30 bis 50 Seiten und mehr erreicht und dessen Anfertigung außerhalb des Rahmens der dienstlichen Obliegenheiten der Anstaltsärzte liegt, sowie für eine ausreichende Entschädigung der mit der Vorbereitung des Gutachtens notwendig verbundenen zeitraubenden Mühe Sorge zu tragen. Oder es müßte eventuell der Vorstand des Vereins deutscher Irrenärzte oder etwa eine zur Wahrung der Standesinteressen zu wählende Kommission direkt von den beteiligten Ministerien eine Äußerung zu erlangen suchen des Sinnes, daß die von ihnen nach obigem bereits als berechtigt anerkannten, zum Zweck der Erstattung eines gerichtlichen Gutachtens von den Anstaltsärzten innerhalb der Anstalten gemachten Vorbesuche von den Gerichten auch zur Zahlung anzuweisen seien, soweit sie von diesen als erforderlich anerkannt würden.

Auf eine Möglichkeit, die aufgewandte Mühe unter Umständen entschädigt zu bekommen, möchte ich noch hinweisen: Man könnte bei Berechnung der Gebühren vorläufig den § 10 des Gesetzes vom 9. März 1872 in Anwendung bringen und eine bestimmte Summe für die sechswöchige Beobachtung des zu Begutachtenden liquidieren. Der betreffende Paragraph lautet: „Insoweit die Gebühren vorstehend nicht nach fest bestimmten Sätzen geregelt sind, ist der im einzelnen Falle anzuweisende Betrag nach der Schwierigkeit des Geschäftes und dem zur Ausrichtung desselben erforderlich gewesenen Zeitaufwande festzusetzen. Diese Festsetzung hat, wenn sich Bedenken gegen die Angemessenheit des liquidierten Betrages ergeben, die zuständige Regierung oder Landdrostei endgültig zu bewirken." Nun ist eine Gebühr für eine länger dauernde, in unseren Fällen sechswöchige Beobachtung im zitierten Gesetze nicht festgesetzt. Außerdem geht aus einem Urteil des Reichsgerichts (III. C.-S.) vom 19. Januar 1900*) hervor, daß für eine über die gewöhnliche Untersuchung, wie sie zur Erstattung jedes Gutachtens in der Regel erforderlich ist, hinausgehende Tätigkeit dem Sachverständigen eine weitere Vergütung gewährt werden muß. Das Königl. Landgericht läßt in seinem oben angeführten Beschlusse vom 12. März 1908 diesen Weg offen; es schreibt: „Ebenso kann dahingestellt bleiben, ob der Sachverständige für fortgesetzte Beobachtung der Angeschuldigten auf Grund des § 10 eine besondere Vergütung würde fordern können, da er den fraglichen Betrag nicht hierfür, sondern für die drei Untersuchungen fordert." Somit könnte man in zukünftigen Fällen dort, wo die Vorbesuche gestrichen worden sind, wenigstens den Versuch machen, den § 10 in Anwendung zu bringen. Jedenfalls würde dieser Versuch dazu dienen, die Sachlage weiter zu klären, die so auf die Dauer unhaltbar wird.

Zum Schluß möchte ich mir gestatten, Herrn Geheimrat Gerlach für gütige Überlassung des gesamten Aktenmaterials meinen besten Dank auszusprechen.

*) Siehe Ärztl. Sachverst.-Zeitung, 1900, Nr. 18: Gebührenwesen.

Mitteilungen.

— **Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Berlin** vom 24. und 25. April. (Schluß.)

Diskussion über das Referat Cramer (Nr. 30) und die Vorträge Aschaffenburg und Weygandt (Nr. 32). — v. Liszt-Berlin weist bezüglich der redaktionellen Formulierung von B 5 der Cramerschen Thesen (Nr. 30, S. 250) darauf hin, daß nicht sowohl die

Frage der „Schuld“ als diejenige der „Täterschaft“ zu beantworten sei. B 6 wende sich an den urteilenden Richter, komme also für die Gesetzgebung nicht in Betracht. Allgemein findet v. Liszt die Forderung der Thesen zu wenig weitgehend. Dieser Umstand habe zur Folge, daß, wenn die Thesen von der Versammlung angenommen würden, der Versammlungsbeschluß die ins Auge gefaßten Reformen eher hemmen als fördern würde. Die Tendenz, sich in den Forderungen zu beschränken, einen gewissen Konservativismus gelten zu lassen, wirke in diesem Falle, wo es sich um erreichbare viel weitere Ziele handele, entschieden reaktionär. Man müsse sich auch darüber klar werden, ob und welche Vorschläge für die Novelle zum Strafgesetzbuch, die bald zu erwarten sei, in Betracht kämen, und welche Vorschläge erst in der Reform des Strafgesetzbuches, die erst in 5 bis 6 Jahren zu erwarten sei, berücksichtigt werden sollen. Zu C 1 sei die Tatsache, daß der Begriff der freien Willensbestimmung „nicht erforderlich“ sei, längst anerkannt, man müsse darauf dringen, daß der Begriff überhaupt im Strafgesetzbuch vollständig verschwinde. Zu C 2 bemerkt v. Liszt, daß auch die konservativsten Juristen schon dafür seien, daß der Begriff des Diszernement falle; die fortschrittlichere Forderung sei, daß die „bedingte Verurteilung“ an Stelle der „bedingten Begnadigung“ trete. Bezüglich des Aschaffenburgschen Vortrags weist v. Liszt auf den Unterschied der Bezeichnung „vermindert Zurechnungsfähige“ gegenüber derjenigen „geistig Minderwertige“ hin. Die Frage der Unterbringung vermindert Zurechnungsfähiger sei zu erörtern. Es müßten Anstalten unter psychiatrischer Leitung gefordert werden. Diese Frage gehe über den Rahmen des Strafgesetzbuches hinaus, da viele geistig Minderwertige mit dem Strafgesetzbuch überhaupt nicht in Konflikt kommen. v. Liszt habe von der Versammlung und speziell aus dem Referate den Eindruck gewonnen, daß unter den Psychiatern eine resignierte Stimmung bezüglich der Reformen herrsche. Das sei begreiflich, wenn man sehe, wie wenig naturwissenschaftliche Anschauungen und Begriffe sich einbürgern. Mangelndes Verständnis, häufig auch Mißtrauen und böser Wille hemme den Fortschritt. Das sei auch bei vielen Kriminalisten so. Der Pessimismus und die Resignation sei aber nicht angebracht. Einer der stärksten Gegner in Österreich — Högel-Wien — sei überwunden worden. In Deutschland stehen die Aussichten günstig. Die maßgebenden Kreise (Kahl) seien rationellen Reformen zugeneigt.

Herr Meyer schlägt vor, im Anschluß an die Diskussion von Liszts die definitive Besprechung hinauszuschieben, was allgemein angenommen wird. Auch der darauf folgende Vorschlag Alts, eine Kommission zu erwählen, die im nächsten Jahre die psychiatrischen Wünsche der Strafgesetzreform neu formuliert dem Verein vorlegen soll, wird angenommen.

Der Verein beschließt, eine Kommission zu ernennen, die, aus drei Psychiatern bestehend, unter Zuziehung eines Juristen Gesetzesvorschläge auszuarbeiten hat, soweit die bestehende Strafgesetzgebung eine Änderung wünschenswert erscheinen läßt. Diese

Vorschläge sind vor der nächsten Jahresversam…
den Mitgliedern des Vereins mit kurzer Begr…
gedruckt vorzulegen und werden auf der Ver…
zur Diskussion und Abstimmung gebracht. …
schlüsse des Vereins sollen dann dem Re…
amt in Form einer Denkschrift als Material …
werden.

Dem Vorschlage entsprechend werden ge…
Herren: Kramer, Aschaffenburg, v. L…
Moeli.

Friedländer, Hohe Mark i. T. be…
furt a. Main: Kritische Bemerkunge…
§ 300 Str. G. B.

Vortragender kann an dieser Stelle auf d…
Literatur und auf die verschiedenen juristi…
legungen des § 300 nicht eingehen. An …
mehrerer zum Teil recht komplizierter Fälle …
er die von anderer Seite (Moll, Pl…
Aschaffenburg, Schmidt u. a.) …
Weise bewiesenen Unvollkommenheiten …
lichen Paragraphen. Der Umstand, daß …
kurzer Zeit viele Fälle in die Behandlung …
obachtung des Vortragenden gelangten, …
schwierige Lage, in die der Gutachter und …
ständige geraten kann, erkennen lassen, …
Häufigkeit derselben, und diese wieder ist es …
Vortragenden veranlaßt, im gegenwärtigen …
auch seine Erfahrungen mitzuteilen. In …
spielen, die kurz skizziert werden, handel…
um ungemein wichtige soziale, vermögens- …
rechtliche Momente. Das Berufsgeheimnis …
in der jetzigen Fassung bestehende § 300 …
Vortragenden wiederholt, Angehörige von …
die ein Testament, eine Ehe anfechten od…
Scheidung durchsetzen wollten, die Betreffen…
einzigen Rechtsmittels zu berauben. Vor…
wirft die Frage auf, ob nicht alle Anstrengun…
macht werden müßten, ein Gesetz zu ve…
unter dessen Schutz eben dieses Gesetz vo…
Personen mißbraucht werden kann, die …
durch den § 300 gebunden wissen, wobei …
lich absieht von den im Gesetz vorgesehene…
in denen der Arzt befugt bezw. gezwunge…
Berufsgeheimnis zu verletzen. Er weist da…
daß auch die Zusendung der Kranken…
Wechsel der Anstalt an die zweite n…
weiteres gerechtfertigt erscheint, obwohl der …
der Akten zür Gepflogenheit gehört, und se…
bis heute keine Fälle bekannt wurden, in …
zu praktischen Verwicklungen kam. Das …
von Mitteilungen an Ärzte, die im Auf…
Familienmitgliedern Erkundigungen, besonde…
Diagnose betrifft, einziehen. Vortragender …
ohne weiteres den Autoren beipflichten, die …
liche Ethik als Richtschnur bei ihrem …
gegenüber dem § 300 bezeichnen. Die …
eines Gesetzes dürfte nur von den gesetzl…
stimmungen, nicht von individuellen Ans…
bezw. Erfahrungen vorgezeichnet sein. Weit…
wähnt er die von Placzek in dankenswert…
zusammengestellten entsprechenden Bestimmu…
fremden Länder und polemisiert gegen …

dessen vorgeschlagener Änderung des § 300 er sich nicht einverstanden erklären kann. Gans will den § 300 in der Weise geändert wissen, daß es heißt: „Die Offenbarung ist straflos, wenn sie vor Gericht oder in Wahrnehmung berechtigter Interessen erfolgt. Die Verfolgung tritt auf Antrag des Anvertrauenden ein.“ Bezüglich der Kritik dieses Vorschlages wird auf die ausführliche Arbeit verwiesen. Vortr. glaubt nicht, daß es ihm gelungen sei, eine einwandfreie Fassung des Paragraphen zu finden, möchte aber vorschlagen, folgende Fassung der Kritik zu unterziehen: „Rechtsanwälte, Advokaten, Notare, Ärzte usw. werden, wenn sie nachweisbar böswillig oder fahrlässig Privatgeheimnisse offenbaren usw., bestraft. Die Offenbarung ist straflos, wenn sie geschieht, um Schädigungen einzelner oder der Gesamtheit zu verhüten. Die Verfolgung tritt auf Antrag ein“ (Der Vortrag erscheint ausführlich an anderer Stelle.)

Diskussion zum Vortrag Friedländer:

Herr Ganser führt aus, daß sich bei § 300 Str. G. B. alles um das Wort „befugt“ dreht; wenn uns die Befugnis nicht durch den Anvertrauenden erteilt wird, so müßte sie uns gewissermaßen vom Gericht verliehen werden, nachdem der Anspruch derjenigen Partei, die an unserer Aussage interessiert ist, gerichtlich erstritten ist. In diesem Sinne wäre die Gesetzgebung zu beeinflussen.

Herr Meyer-Königsberg schließt sich den Ausführungen Gansers an. Er erwähnt einen Fall, bei dem ein Patient nur wegen Augenjucken zur Untersuchung kam und Pupillenstarre sowie fehlende Kniephänomene neben psychisch verdächtigen Erscheinungen bot. M. entschloß sich in Übereinstimmung mit dem konsultierenden Augenarzt, dem Vater Nachricht zugehen zu lassen. M. erhebt auch Bedenken gegen die zu detaillierte Personalangabe in der Krankengeschichte, die Herr Friedländer zuletzt mitteilte.

Herr Placzek erklärt, daß unter der neuesten R.-G.-Entscheidung der Arzt für berechtigt erklärt wird, bei Kollision von Pflichten der nach seinem Ermessen ethisch höheren Pflicht zu folgen. Er dürfte also unter den jetzigen Verhältnissen kaum noch strafbar werden, denn die R.-G.-Entscheidung schützt ihn. Ob allerdings für alle Kollisionsmöglichkeiten, möchte ich dahingestellt sein lassen.

Herr Aschaffenburg glaubt nicht, daß es möglich sein wird, eine Fassung zu finden, die für alle praktisch vorkommenden Fälle ausreicht, wie die vielen Gesetzesvorschläge erkennen lassen. Die Furcht vor der Anwendung des Paragraphen gegen die Ärzte darf insofern wohl als etwas unbegründet betrachtet werden, als tatsächlich die Verfolgungen gemäß § 300 zu den größten Seltenheiten gehören. Auch die von Friedländer versuchte Fassung hilft uns nicht über die Schwierigkeit hinweg, daß ein Patient in bösartiger Weise wichtige Dinge verschwiegen haben will, A. persönlich würde sich im ersten Falle nicht einen Augenblick besonnen haben, seine Wahrnehmung den Angehörigen mitzuteilen auf die Gefahr hin, eine Verurteilung über sich ergehen lassen zu müssen. Schließlich bemerkt A. noch, daß der einen R.-G.-Entscheidung, die der subjektiven Überzeugung von der Notwendigkeit eines Bruchs des Berufsgeheimnisses weiten Spielraum läßt, andere entgegenstehen, darunter eine, die nicht einmal die Offenbarung vor Gericht als befugt anerkennt. Es wäre also verfehlt, sich allzu sehr auf die von Friedländer erwähnte R.-G.-Entscheidung zu verlassen.

Herr Moeli verweist auf die Anmerkung zur R.-G.-Entscheidung, wonach keineswegs gerichtliche Zeugenaussagen vor der Stellung unter „unbefugt“ vollkommen gesichert sind. Dagegen erscheint eine Mitteilung über eine Behandlung, auf die der Kranke sich als Beweis für Ansprüche usw. berufen hat, an die zuständige Stelle (Invaliditätsversicherung pp.) zulässig.

Schlußwort: Herr Friedländer meint gegenüber Herrn Ganser, daß das Gericht nicht ohne weiteres befugt sein dürfte, den Arzt von seiner Berufsverschwiegenheit zu entbinden. Gegen die Bedenken Herrn Meyers möchte Vortr. bemerken, daß er in einer geschlossenen, streng wissenschaftlichen Versammlung gesprochen hat; er glaubt nicht, daß jemand die für das Thema nötige Andeutung verstehen konnte (übrigens wurde der Fall in allen Zeitungen besprochen!). Die von Herrn Placzek zitierte R.-G.-Entscheidung ist Vortragendem bekannt; sie und der zu ihr gehörende Zusatz wurde von Herrn Moeli treffend erläutert. Sie genügt nicht, den Sachverständigen in allen Fällen zu schützen.

Herrn Aschaffenburgs Standpunkt ist ethisch sicherlich zu bewerten. Praktisch steht Vortr. auf dem Standpunkte, daß der aus § 300 bestrafte Arzt eben vorbestraft und die Höhe der Strafe dagegen bedeutungslos bleibt, weil der Betreffende bei denen, die seine Motive nicht kennen, eben als „vorbestraftes Individuum“ gilt.

Herrn Möller pflichtet Vortragender durchaus bei.

4. Sitzung. Sonnabend, den 25. April, nachmittags 2 Uhr.

Vorträge:

Herr Birnbaum-Herzberge: Über vorübergehende Wahnbildungen auf degenerativer Basis.

Vortr. bespricht zunächst die inhaltlichen und formalen Eigentümlichkeiten des Wahnbildes und kennzeichnet dann die den wahnhaften Ideen eigene Oberflächlichkeit, wie sie in dem unzulänglichen und schwankenden Realitätswert (übertriebene, spielerische, widerspruchsvolle Äußerungen, Neben- und Nacheinander von wahnhaften und Wirklichkeitsvorstellungen), in der Unbeständigkeit der Ideen, der Veränderlichkeit der wahnhaften Inhalte und ihrer Bestimmbarkeit durch äußere Einflüsse zum Ausdruck kommt. Er geht dann zu den Einzelabschnitten des Verlaufs über, betont bei der Initialphase neben dem unvermittelten Einsetzen der Wahngebilde die häufig am Anfang bestehenden Bewußtseinsstörungen (teils Dämmerzustände mit Stupor-, Ganser-Symptomen, oder phantastischer Verfälschung der Situation und eigenen Person, teils Zustände veränderter Affektlage mit kindisch affektiertem oder eigentümlich gleichgültigem Verhalten). — Er schildert

sodann die Mannigfaltigkeit des Gesamtverlaufs, wobei er näher auf die durch vielfache Schwankungen ausgezeichneten zusammengesetzten und protrahierten Verlaufsformen eingeht. Die scheinbare Regellosigkeit des Verlaufsbildes führt er auf den Einfluß äußerer Faktoren zurück und charakterisiert das Wesen des Wahnvorgangs im allgemeinen, indem er ihn in Beziehung zu der den Degenerierten eigenen Labilität des psychischen Gleichgewichts setzt und ihn als episodische, auf äußere Anstöße hin erfolgende Störung des degenerativen Grundzustandes erklärt. Sodann erörtert er die Wesensart der wahnhaften Ideen im speziellen. Für ihre von der paranoischen abweichende Eigenart führt er zum Beweise an die häufige Konzeption der Vorstellungen im Zustande der Bewußtseinsstörungen, ihre oberflächliche, oft von Zufälligkeiten abhängige Entstehungsweise, die Produktion von Ideen ohne eigentlich wahnhaften Inhalt, das Auftreten von Erinnerungsfälschungen, wobei z. T. die selbstverständlichen Daten aus dem Vorleben, Geburtsjahr, Alter usw. immer wieder falsch angegeben werden, und endlich die Unterdrückung unlustbetonter Vorstellungsgruppen. Er weist dann nach, daß die Ideen auf dem Wege der Selbstbeeinflussung ihren Realitätswert erhalten und bezeichnet sie im Gegensatz zu den paranoischen Ideen als wahnhafte Einbildungen. Ihre Entstehungsweise setzt er in Beziehung zu einem allgemein degenerativen Wesenszug: der Labilität der Vorstellungen und der damit verbundenen erleichterten Dissoziierbarkeit, und hebt hervor, daß in den wahnhaften Einbildungen auch spezielle psychopathische Eigentümlichkeiten der erkrankten Persönlichkeit zum Ausdruck kommen.

Von nahestehenden Krankheitsformen führt er zunächst die Phantasielügen der pathologischen Schwindler an mit ihrem autosuggestiv gewonnenen und schwankenden Realitätswert und weist dann auf die engen Beziehungen zu allgemeinen und speziellen Eigentümlichkeiten der Hysterie hin, wobei er besonders die weitgehenden Übereinstimmungen mit hysterischen Bewußtseinsstörungen betont. Zu ihnen bestehen alle Arten Übergänge, und manche Fälle degenerativer Wahnbildung kann man sogar mit einem gewissen Rechte als protrahierte Dämmerzustände ansehen. Entsprechend der Bestimmbarkeit des Krankheitsbildes durch psychische Faktoren besteht eine ebenso enge Beziehung zur Simulation, und all die übertriebenen und widerspruchsvollen Äußerungen, die zunächst vielleicht mehr oder weniger beabsichtigt waren, sind infolge der eigenartigen psychopathischen Veranlagung dieser Individuen auf autosuggestivem Wege zu echten Krankheitssymptomen geworden.

Zum Schluß weist Vortr. noch darauf hin, daß manche dieser Fälle früher als originäre Paranoia gegolten haben.

Diskussion zu Vortrag Birnbaum:

Bleuler: Alle die geschilderten Symptome kommen unter anderem bei Dementia praecox vor. Es wäre sehr wichtig, etwas über die Differentialdiagnose dieser Zustände gegen die Dementia praecox zu vernehmen.

Birnbaum (Schlußwort): Vortr. erwidert, daß er nur die Beziehungen zu nahestehenden Krankheitsformen berücksichtigt, von der Differentialdiagnose dagegen überhaupt abgesehen hat. Differentialdiagnostisch sind gegenüber der Dementia praecox vor allem die initialen Bewußtseinsstörungen anzuführen, sodann die weitgehende Beeinflußbarkeit des Krankheitsbildes in allen Einzelheiten durch äußere Faktoren und schließlich das Ausbleiben jedes wie auch immer gearteten Defektzustandes.

M. Reichardt-Würzburg: Über die Hirnmaterie.

Der Vortrag ist gedacht als Einleitung zu einer Reihe Untersuchungen, welche sich mit der Frage beschäftigen: Was geht in einem kranken Gehirn vor sich, wenn klinisch bestimmte Erscheinungen auftreten? Und zwar sind es in erster Linie eine Anzahl mehr auf körperlichem Gebiete liegender Symptome, bei welchen die Beantwortung der obigen Frage in Angriff genommen werden kann: Die anfallsartigen Störungen, der Stupor, die Stauungspapille bei Katatonie (auch ein Teil der Fälle von „Pseudotumor cerebri" gehört in das Gebiet der Katatonie), die endogenen Körpergewichts- und Körpertemperaturschwankungen, der Tod. Namentlich der zeitliche Ablauf solcher Symptome, z. B. der anfallsartigen Störungen, ist zu berücksichtigen. Die zugrunde liegenden Hirnveränderungen müssen solche sein, daß sie ganz akut entstehen und ebenso verschwinden können, und zwar spurlos, restlos. Diese Hirnveränderungen müssen demnach reversibel sein. Die pathologische Anatomie hat bei der Beantwortung solcher Fragen völlig versagt. Es heißt also, das Gehirn nach neuen Methoden und unter anderen Gesichtspunkten zu untersuchen. Solche Gesichtspunkte sind z. B. diejenigen, welche uns die physikalische Chemie des lebenden Gewebes an die Hand gibt. Unter „Hirnmaterie" wird denn auch die Hirnsubstanz, in rein physikalischem Sinne betrachtet, verstanden. Das Gehirn besteht aus kolloidalem Materiale. Wenn auch die Physik der Kolloide selbst noch in den Anfängen ist, so gelang es doch dem Vortragenden mittels der Untersuchung des Hirnes mit Hilfe der Wage, bestimmte physikalische Zustandsänderungen des Gehirnes nachzuweisen, welche die oben erwähnten klinischen Symptome wenigstens teilweise einem Verständnis näher bringen und zugleich auch vielleicht den ersten Anfang eines Einblickes gestatten in das dynamische Geschehen in der kranken Hirnmaterie. So gibt es akute (bis 200 g Schwankungen im Hirngewicht) und chronische Volumen- und Gewichtsänderungen des Hirnes, welche als direkte Lebenserscheinungen der kranken Hirnmaterie aufgefaßt werden müssen. Möglicherweise spielt der Ein- und Austritt des Wassers — des hauptsächlichsten und wichtigsten Bestandteiles der kolloidalen Materie — hierbei die Hauptrolle (nach Analogie der Vorgänge im Pflanzenprotoplasma während der Reizbewegungen).

Bei Stuporzuständen kann es zu Gerinnungsvorgängen in der Hirnmaterie kommen.

(Selbstbericht.)

Näcke: Vergleichung der Hirnoberfläche Paralytischer mit der von Normalen.

Stieda, Toldt und andere behaupten, Hirngewicht, Reichtum und Anordnung der Windungen hätten nichts oder nur wenig für den Intellekt oder sonstwie etwas zu bedeuten. Andere widersprechen ihnen und besonders Spitzka jun. durch große Untersuchungen. Sehr wahrscheinlich, fast sicher sogar spielen obige Momente aber doch eine große Rolle, natürlich nicht die alleinige. Ebenso groß wie am Integument und an den inneren Organen ist die Variabilität der einzelnen Teile an der Hirnoberfläche und wohl sicher nichts Zufälliges. Es besteht auch hier ein allgemeiner Plan. Nur die seltenen Varietäten erscheinen — von den Größenverhältnissen der Lappen etc. abgesehen — von Belang. Vorsichtigerweise soll man sie nicht Stigmen nennen, solange ihre Häufung bei den verschiedenen Klassen bei Minderwertigen und Entarteten nicht feststeht, und auch dann könnten es vielleicht nur progressive Bildungen sein. Untersucht wurden 30 Gehirne von Paralytikern (außerdem noch von 26 der Leipziger Irrenklinik) und von 15 Normalen (inkl. 1 Frau), und zwar stets an der Vorder- und Innenfläche. Im Durchschnitt fanden sich bei den P 9,9, bei N. 9,4 Anomalien; bei beiden bot die linke Hälfte etwas mehr dar als die rechte. Nur bez. weniger Bildungen hatten die P. mehr, dagegen waren sie allein vertreten bei freiliegender Insel, Aufsteigen eines inselförmigen Windungsstückes, Mikrogyrie und puerilen Windungen, Warzenbildung der Windungen, abnorm kleiner Stirn etc. Besonders aber wichtig war, daß doppelte oder mehrfache Taschen, ebenso doppelte Deckulbildungen und solche an beiden Hälften allein hier vorkamen. 4 P. hatten also wichtige Anomalien allein oder häufiger als unsere N., die fast kaum normal erschienen. Weitere Untersuchungen sind natürlich nötig. Im allgemeinen ging die Zahl der Anomalien am Gehirn parallel zu der an dem Äußeren des Körpers. Unsere jetzigen Untersuchungen sprechen also gleichfalls für eine anatomische Minderwertigkeit des P.-Gehirns, die bekräftigt wird durch die Untersuchungen der Stigmen an den inneren Organen und am Körper, welche Vortragender s. Z. durchführte, bekräftigt ferner durch die hohe erbliche Belastung, Charakteranomalien etc. der Paralytiker, ihrer oft minderwertigen Deszendenz, bekräftigt endlich durch die Untersuchungen Baltorfs und Sterns am tabischen R. M. Aber nur eine teratologische Untersuchung der Gehirnrinde des angehenden P. oder — da solches Material schwer zu haben ist — des Basalganglions, event. des Marks kann das invalide Gehirn des P. endgültig beweisen. Alles spricht jedoch bis jetzt dafür und Obersteiner stellt die richtige Formel auf: paralyticus nascitur atque fit, d. h. also: ohne invalides Gehirn kann auch Syphilis keine P. erzeugen, doch muß man noch eine spezielle Art von anatomischer Disposition dazu fordern.

(Eigenbericht.)

Kapff-Fürstenwalde: Welches Interesse hat die praktische Psychiatrie an der Spezialbehandlung Alkoholkranker?

Nach einer geschichtlichen Einleitung und Kritik der Heilstättenbewegung kommt Vortr. auf die zielbewußte allgemeine Fürsorge für die Trunksüchtigen zu sprechen. Der größte Fortschritt sei die Spezialbehandlung Alkoholkranker in besonderen Anstalten, die nicht den Irrenanstalten angegliedert werden sollten. Die Trinkerheilstätten genügen noch nicht ganz ihrer zukünftigen Aufgabe. Es muß Gelegenheit gegeben werden, daß in den Spezialanstalten für Trunksüchtige für geeignete Unterbringung derjenigen Kranken, die an getrübten Bewußtseinszuständen und echten alkoholischen Geistesstörungen leiden, gesorgt werden kann wie für gemeingefährliche Geisteskranke in Spezialanstalten.

Hoppe-Uchtspringe: Die Bedeutung der Stoffwechseluntersuchungen für die Behandlung der Epileptiker.

Alle Theorien, welche die Ursache der epileptischen Anfälle in einem bestimmten Stoffwechselgift (Cholin, Azeton, Harnsäure usw.) vermuten, haben sich bisher als trügerisch erwiesen. Ebenso wie — nach Binswanger — die Ursachen der Epilepsie sehr verschiedene sein können, ebenso mannigfaltig sind die Ursachen der einzelnen epileptischen Anfälle, ebenso verschieden die Gifte, welche bei einem epileptisch veränderten Nervensystem den Anlaß zu Krampfanfällen geben können. Der Organismus schützt sich gegen die ständig im Darm sich bildenden giftigen Stoffe durch mehrere Drüsen, welche — wie Combe ausführt — gewissermaßen vier Verteidigungslinien bilden. 1. Die Darmepithelien (und die Verdauungssäfte). 2. Die Leber. 3. Die sogen. antitoxischen Drüsen (z. B. Schilddrüse, Nebennieren). 4. Die Ausscheidungsorgane (Nieren, Haut usw.). Sind an einer dieser verschiedenen Stellen Schäden vorhanden, so können Gifte zur Resorption und Wirkung gelangen, welche bei einem Epileptiker zu Anfällen Anlaß geben können. Mit den Methoden der inneren Medizin und Physiologie ist nachzuforschen, an welcher dieser Stellen Mängel und Schäden bestehen, welche Organe minderwertig sind. Auf Grund derartiger systematischer Untersuchungen wird man oft imstande sein, die Ursachen der einzelnen epileptischen Anfälle zu ergründen und dem Epileptiker zu helfen.

Das Hauptverdienst von Toulouse-Richet besteht darin, die Nervenärzte nachdrücklich auf die Bedeutung einer streng regelmäßigen Ernährung, besonders einer geregelten Salzzufuhr, hingewiesen zu haben. Für die Wirkung unserer arzneilichen Salze ist der Na Cl-Gehalt der Nahrung von größter Bedeutung. Ist die Salzzufuhr genau geregelt, wird auch die Wirkung der arzneilichen Salze eine regelmäßige und zuverlässige sein.

Durch interkurrente fieberhafte Erkrankungen kommen bei Geisteskranken und Epileptikern oft

Verschlimmerungen, oft aber auch erhebliche Besserungen zustande. Durch genaue Stoffwechseluntersuchungen wird man die Einwirkung dieser Krankheiten auf den Gesamtorganismus und damit vielleicht auch die Ursachen der Besserung bezw. Verschlechterung feststellen können. Für die Bromwirkung ist die durch das Fieber veränderte Salzausscheidung (z. B. bei der Pneumonie) von außerordentlicher Bedeutung.

Auf den Zusammenhang zwischen Ca-Gehalt der Organe und den spasmophilen Zuständen des Kindesalters hat in letzter Zeit besonders Stoeltzner hingewiesen. Die Uchtspringer Untersuchungen bestätigen die Bedeutung des Ca-Stoffwechsels im Organismus für das Entstehen der Kinderkrämpfe, jedoch erscheint die Deutung der Befunde im Stoeltznerschen Sinne noch nicht einwandfrei.

H. Liepmann: Die agnostischen Störungen.

L. führt aus, daß die bisherige Lehre von den „asymbolischen" oder besser agnostischen Störungen zu einseitig die Dissoziation der Gegenstandsvorstellung in die Sinnesqualitäten in Betracht gezogen habe. Immer sollte bei der Seelenblindheit etwa die optische Komponente verloren oder von der taktil-kinästhetischen resp. akustischen dissoziiert sein. Dem entsprach Wernickes Störung der primären und sekundären Identifikation. Nicht nur bedarf diese Lehre einer Ergänzung in dem schon von verschiedenen Seiten geforderten Sinne, daß eine Unzulänglichkeit der Synthese von Empfindungen bei erhaltenen Erinnerungsbildern häufig vorkommt, sondern — sowohl was den Erinnerungsbesitz (die Gegenstandsbegriffe) wie was den Wahrnehmungsprozeß selbst anbelangt — ist die Rücksicht zu ziehen, daß es eine Dissoziation gibt, die nicht in der Richtung der Sinnesqualitäten geht, sondern in sich erhaltene Komplexe von Sinnesqualitäten von anderen in sich erhaltenen Komplexen abspaltet. Diese disjunktive oder ideatorische Spaltung hat L. früher bei den „Störungen des Handelns" besprochen und neben den ideatorischen Apraxien damals schon als ideatorische Agnosien skizziert.

Kleist hat den Begriff nach einer Seite schon näher entwickelt.

Diesen Begriff der ideatorischen oder disjunktiven Agnosien im Gegensatz zu den bekannten „dissolutorischen" legt L. nun ausführlicher dar, erläutert ihn an Beispielen und zeigt, wie er bei Paralytikern, Arteriosklerotikern, Senilen, ja gelegentlich selbst bei Geisteskranken und Deliranten, selbst Manischen eine erhebliche Rolle spielt, z. B. in der Verkennung der Situation.

Diskussion: Neißer glaubt, daß die Analyse des Vortr. sich als fruchtbar erweisen wird. Das gekennzeichnete Gebiet agnostischer Störungen kommt für die Beurteilung mannigfacher Symptome bei den Psychosen zweifellos sehr erheblich in Betracht. Besonders bei gewissen Fällen, welche zur Dementia praecox gehören, spielt die Unfähigkeit, die Einzel- und Teilwahrnehmungen in gewohnter Weise zu einem Situationsganzen zusammen zu setzen, eine große Rolle. N. führt eine Reihe von verschiedenen Typen und Modalitäten solcher Störungen an und weist nebenbei auch auf eine Eigentümlichkeit mancher hebephrener Sinnestäuschungen, namentlich des Gesichtssinnes, hin, welcher vielleicht eine innere Beziehung zu solchen Störungen zukommen dürfte, daß nämlich nur Teile von Gegenständen, Winkel, Linien u. dgl. halluzinatorisch auftauchen.

Liepmann (Schlußwort): Der Hinweis des Herrn Neißer auf hierher gehörige Beobachtungen in ungedruckten Vorlesungen Kahlbaums ist interessant. Das Vorkommen derartiger Abirrungen ist ja so verbreitet, daß gelegentlich jeder Psychiater auf sie aufmerksam werden müßte. Nur war man von der Aufgabe der Lokalisation so fasziniert, zugunsten der Dissoziation in Sinneskomponenten, daß man die prinzipielle Bedeutung der disjunktiven Störungen für die Gnosie vernachlässigte.

Übrigens sind nicht alle Störungen der Synthese von Empfindungen disjunktiver Art, sondern auch diese Synthese unterliegt beiderlei Störungen: der dissolutorischen einerseits und der disjunktiven-ideatorischen andererseits.

Beyer-Roderkirchen: (Heilstättenbehandlung der Nervenkranken im Zentralblatt für Nervenheilkunde ausführlich veröffentlicht).

Diskussion: A. M. Laehr: Bei der vorgerückten Zeit unterdrücke ich mancherlei Bemerkungen, welche ich zu den Ausführungen des Herrn Vortr. zu machen hätte. Pro domo möchte ich hier nur der Auffassung, wie sie seinen Worten entnommen werden kann, entgegentreten, daß nämlich Haus Schönow im Golde schwimmt und seine scheinbar günstige Entwicklung hierauf begründet sei. Allerdings bildete die Stiftung größerer Kapitalien die Voraussetzung für die Gründung der Heilstätte, aber ihr Betrieb basierte von Anfang an auf den Einnahmen aus den Pflegegeldern. Neben dieser materiellen Grundlage ist es doch aber in erster Linie der ideellen Hilfe zu danken, deren sich die Heilstätte von Anfang an von den verschiedensten Seiten erfreuen durfte, wenn sie auf eine nunmehr bald neunjährige erfolgreiche Arbeit zurückblicken kann.

Benda: Auch ich bedaure mit dem Herrn Vortragenden, daß die Heilstättenbewegung ins Stocken geraten ist, und zwar ist dies um so auffallender, als die beiden Musteranstalten Haus Schönow und die Rasenmühle unbestritten hervorragende Erfolge aufzuweisen haben. Es existieren gegenwärtig nur etwa 12 Anstalten, einschließlich des Unfallnervenkrankenhauses Stötteritz. Der langsame Fortschritt hat m. E. verschiedene Ursachen: Da das Verständnis für die Bedeutung der funktionellen Nervenstörung bei den Laien noch fehlt, so versagt hier einerseits die Privatwohltätigkeit — abgesehen von vereinzelten Ausnahmen —, andererseits glauben die Behörden es nicht verantworten zu können, für eine Sache, die ihnen so wenig bedeutsam erscheint, so große Opfer zu bringen; und doch würden diese Opfer in Wirklichkeit nur geringe sein, da, wie ich hier nicht weiter auseinanderzusetzen brauche, eine Entlastung der Irren- und Armenpflege durch die Nervenheilstätten unbedingt zu erwarten steht. Um so freudiger ist

es unter den obwaltenden Umständen zu begrüßen, daß die Stadt Berlin in absehbarer Zeit eine Nervenheilstätte eröffnen wird. Die Deputation für die städtische Irrenpflege hat bereits beschlossen, in Wuhlgarten, angegliedert an die Anstalt für Epileptische, eine Anstalt für Nervenkranke zu eröffnen.

Cramer ergänzt einzelne allgemeine Betrachtungen durch seine Erfahrungen in der Rasenmühle.

Beyer (Schlußwort): Es hat mir nichts ferner gelegen als zu behaupten, daß Haus Schönow seine glänzenden Erfolge, die niemand mehr bewundert als ich, lediglich seiner günstigen finanziellen Lage zu verdanken habe, und daß es ein Hindernis für die weitere Ausbreitung der Nervenheilstättensache gewesen sei. Ich habe nur im Zusammenhange mit der Kostenfrage darauf hingewiesen, daß Haus Schönow durch das Zusammentreffen außergewöhnlich glücklicher Umstände in der Lage ist, seine Pflegesätze niedrig zu halten, wie man das bei gleichen Leistungen anderwärts nicht nachmachen kann. Tatsächlich ist Haus Schönow trotz achtjährigen Bestehens noch ohne Nachfolge geblieben.

Herrn Cramer erwidere ich, daß ein wesentlicher Unterschied besteht zwischen „Arbeitstherapie" als einer ganz spezifischen Therapie für bestimmte Klassen von Nervenkranken, und zwischen der Verwendung der Arbeit bei der Behandlung von Nervenkranken. Nicht die erstere, sondern die letztere ist es, die in der Heilstättenbehandlung eines größeren Krankenbestandes verwendbar und unentbehrlich ist. An der grundsätzlichen Trennung der Geschlechter muß ich festhalten, wo es sich darum handelt, in einer größeren Heilstätte mit großem unübersichtlichen Areal ein überwiegend aus niederen Kreisen stammendes Krankenmaterial zu verpflegen.

H. Vogt-Frankfurt a. M.: Beiträge zum Studium der Entwicklungskrankheiten des Gehirns.

1. Selbstdifferenzierung und funktionelle Anpassung: Eine auf der phylogenetischen Organisation des Gehirns beruhende Einteilung verdanken wir Edinger: die in Paläenzephalon und Neenzephalon. Sie ist die einzige, die nicht deskriptiv ist, sondern aus dem Studium des prinzipiellen Bauplanes hervorgeht. Das Paläenzephalon verhält sich durch die ganze Tierreihe ziemlich gleichförmig, es wird als der Träger der allen Lebewesen vom Wirbeltiertypus eigenartigen einfachen instinktiven Lebensfunktionen angesehen, während alle höheren Eigenschaften in den später erworbenen neenzephalen Teilen (Hirnmantel) ihr Substrat finden. Unterschiede im Paläenzephalon finden sich nur (in der Tierreihe aufwärts) in geringem Maße, sie sind, soweit nicht im Zusammenhang mit veränderten instinktiven Funktionen stehend, morphologisch aufzufassen als der Ausdruck des Einflusses des neuerworbenen Neenzephalon auf die paläenzephale Anlage. So konnte Aricus-Kappers die Verlagerung, welche die motorischen Oblongatakerne im Laufe der Phylogenese erfahren, zurückführen auf derartige mit der fortschreitenden Hirnentwicklung einhergehende Umgestaltungen. Der VII. Hirnnervenkern, der bei Fischen dorsal liegt, wandert phylogenetisch unter dem Einfluß der (neenzephalen) Pyramidenbahn ventralwärts; frei liegt er teilweise bei Vögeln, ganz bei Säugern. Für diese Wanderung der Kerne ist die Richtung der sie am meisten influenzierenden Bahnen Gesetz (Aricus-Kappers).

Ähnlichen Gesichtspunkten begegnen wir in der Verfolgung der Hirnteratologie. Schon v. Monakow hat die Scheidung in phylogenetisch alte und neue Hirnteile gemacht und die relative Selbständigkeit jener beim Aufbau des Gehirns und ihre Unabhängigkeit von den übergeordneten Hirnteilen betont. Jener Konstanz der Anlage und Ausbildung an den tieferen Hirnteilen, z. B. der Medulla oblongata, die bei schweren Agenesien des Großhirns intakt bleibt, stehen nun einige wenige in solchen Fällen zu beobachtende Veränderungen gegenüber. Dahin gehört die Vorlagerung des Fazialiskerns in dorsaler Richtung bei Hemizephalen und anderen großhirnlosen Mißgeburten.

Wir haben also (Demonstration einer Tafel) eine teratologische und eine phylogenetische Reihe vor uns, die beide gleichsinnig zeigen, daß bei Vorhandensein der neenzephalen Pyramidenbahn eine Ventral-Wanderung des VII. Kernes stattfindet, die bei Mangel jener Bahn (auch ontogenetisch) ausbleibt.

Dieser Parallelismus ist ein Beispiel für viele. Er zeigt uns den Ausdruck eines Grundgesetzes in der Hirnentwicklung, das Verhältnis der Selbstdifferenzierung zur funktionellen Anpassung. Das Wesen der ersten zeigt sich darin, daß ein Teil der Hirnanlage sich unabhängig von anderen bis zu einem hohen Grade der Gestaltung entwickeln kann, unbeschadet des Fehlens oder Vorhandenseins anderer Anlageteile: Dies gilt für die Hauptsache der paläenzephalen Anlage. Im weiteren Gange der Entwicklung greifen nun aber einzelne Teile sukzessiv in die Anlage anderer ein, nur unter dem Einfluß jener ist die völlige Fertiggestaltung dieser denkbar: dies ist die abhängige Differenzierung oder funktionelle Anpassung. Für das Verhältnis der phylogenetisch alten und neuen Teile läßt sich also zeigen, daß bestimmte Entwicklungsvorgänge selbstdifferenzierender Natur, andere der Ausfluß jener Umgestaltungen sind, die durch die sukzessiv erfolgende Überordnung der höheren Teile entstehen. Die Teratologie gibt uns den antogenetischen Vorgang wieder, für den ähnliche Momente bestimmend wirken. So läßt sich zeigen, daß die Hirnentwicklung teils das Ineinandergreifen komplexer Faktoren darstellt, andererseits auch auf hohen Stufen die Wiederholung elementarer Bildungsvorgänge repräsentiert. Die Entwicklungskrankheiten des Gehirns sind im Verfolg dieser Gesetze unentbehrliche Objekte.

2. Demonstration von histologischen Präparaten der tuberösen Sklerose.

Es geht ein Antrag ein von San.-Rat Dr. von Ehrenwall-Ahrweiler, in der nächsten Sitzung zu besprechen, ob Wärter, welche entmündigte Geisteskranke entführen, strafrechtlich verfolgt werden könnten.

Herr Moeli schließt die Versammlung mit dem

Dank an alle Redner. Paetz-Alt-Scherbitz dankt dem Vorsitzenden Moeli.

— **Aus Baden.** Bei der Neuregelung des Gehaltstarifs in Baden wurden die Bezüge der Beamten und des Personals an den Heil- und Pflegeanstalten wie folgt festgesetzt:

Die vertragsmäßig verwendeten Wärter erhalten eine Barvergütung von 600 M. jährlich neben freier Station. Durch Zulagen von 70 M. pro Jahr kann der Bargehalt bis auf 1090 M. steigen.

Für die etatmäßige Anstellung sind zwei Gehaltsklassen vorgesehen; im allgemeinen können ein Drittel aller Stellen in die 1. Klasse eingereiht werden. Bei der etatmäßigen Anstellung in Gehaltsklasse 2 erhalten die Wärter einen Anfangsgehalt von 1200 M. und ein Wohnungsgeld von 400 M. (in Pforzheim) bezw. 250 M. (an den übrigen Anstalten). Alle zwei Jahre steigt der Gehalt um 70 M. bis zu einem Höchstbetrage von 1700 M. und Wohnungsgeld.

In der 1. Gehaltsklasse beginnt der Wärter mit einem Mindestgehalt von 1300 M., erhält eine Zulage von 100 M. alle zwei Jahre und einen Höchstgehalt von 2100 M. Das Wohnungsgeld daneben beträgt 450 M. in Ortsklasse 1 (Pforzheim) und 280 M. in Ortsklasse 3 (die übrigen Anstalten).

Die etatmäßigen Wärter haben keine freie Station mehr, sondern entrichten, wenn sie ledig sind und in der Anstalt wohnen und verköstigt werden, den Anschlag für die gesamten Naturalbezüge (360 M. pro Jahr), wenn sie verheiratet sind und nur die Kost von der Anstalt beziehen, den Anschlag für die Kost (270 M. pro Jahr) an die Anstaltskasse.

Die Oberwärter und die oberen Wirtschaftsbeamten beginnen mit 1500 M. und steigen bis auf 2500 M. Höchstgehalt bei Zulagen von 125 M. alle zwei Jahre; das Wohnungsgeld beträgt 450 M. resp. 280 M.

Die weiblichen Beamten (Wärterinnen, Wirtschaftsgehilfinnen, Oberwärterinnen und Wirtschafterinnen) erhalten 75% der für die männlichen Beamten vorgesehenen Sätze an Gehalt, Zulage, Wohnungsgeld und etwaigen sonstigen Bezügen.

Es beziehen also die Wärterinnen im Vertragsverhältnis als Anfangsgehalt 450 M. bar neben freier Station; die jährlichen Zulagen betragen 50 M., der bare Höchstgehalt 730 M. Die etatmäßigen Wärterinnen 2. Klasse beginnen mit 900 M. Gehalt und 300 M. Wohnungsgeld in 1. bezw. 190 M. in 3. Ortsklasse; die zweijährige Zulage beträgt 55 M., der Höchstgehalt 1275 M. nebst Wohnungsgeld. In Gehaltsklasse 1 (ein Drittel der Stellen) belaufen sich die entsprechenden Sätze auf 975 M. + 340 M. bezw. 210 M. (Anfangsbezüge), 74 M. (Zulage) und 1575 M. (Höchstgehalt).

Die Oberwärterinnen und das sonstige weibliche Oberpersonal erhalten einen Mindestgehalt von 1125 M., einen Höchstgehalt von 1875 M.; die Zulage beläuft sich auf 95 M., das Wohnungsgeld auf 340 M. bezw. 210 M.

Die Verwalterstellen an den Heil- und Pflegeanstalten werden ebenfalls in zwei Klassen eingeteilt. In der 2. Klasse beträgt der Anfangsgehalt 2500 M., der Höchstgehalt 4800 M., die zweijährige Zulage 275 M. In der 1. Klasse sind diese Bezüge auf 2600, 5200 und 300 M. normiert. In beiden Gehaltsklassen beträgt das Wohnungsgeld 750 M. bezw. 480 M.

Medizinalpraktikanten erhalten eine Vergütung von 900 bis 1200 M. und freie Station.

Die Hilfsärzte werden mit einer Anfangsvergütung von 2000 M. neben freier Station 1. Klasse eingestellt. Sie erhalten nach Ablauf des ersten Dienstjahres 200 M., dann jährlich 100 M. Zulage, ein Höchstgehalt ist nicht festgelegt. Psychiatrisch vorgebildete Bewerber können höhere Anfangsbezüge erhalten.

Für die etatmäßig angestellten Ärzte bestehen wiederum zwei Gehaltsklassen.

2. Klasse: 2500 M. Mindestgehalt, 5400 M. Höchstgehalt, 350 M. Zulage zweijährlich; das Wohnungsgeld beträgt 900 M. bezw. 540 M. In der 1. Gehaltsklasse, in welche die Hälfte aller etatmäßigen Stellen eingereiht ist, ist der Mindestgehalt auf 3500 M., der Höchstgehalt auf 6400 M. normiert; Zulagen zweijährlich 375 M. Wohnungsgeld in der 1. Ortsklasse 1050 M., in der 3. 600 M.

Die Anstaltsdirektoren beginnen mit 4500 M. Mindestgehalt und erreichen — durch Zulagen von 500 M. alle zwei Jahre — einen Höchstgehalt von 7800 M. In der 1. Ortsklasse beträgt das Wohnungsgeld 1200, in der 3. 750 M.

Bei Gewährung von Dienstwohnung mit Hausgarten wird das Wohnungsgeld von dem betreffenden Beamten an die Anstaltskasse zurückentrichtet; es bleibt aber (z. B. für die Pensionierung) ein fester Gehaltsbestandteil.

Für die mit der Unterkunft und Verpflegung lediger Anstaltsbeamten und Bediensteten in der Anstalt verbundenen Naturalbezüge (die sogen. freie Station) wurden die Sätze neuerdings auf folgende Beträge festgesetzt:

a) in der 1. Klasse (Ärzte, Beamte) auf 720 M. jährlich, und zwar 560 M. für Kost, 80 M. für Wohnung und 80 M. für die sonstigen Bezüge.

b) in der 2. Klasse (Oberwartpersonal und ähnl.) auf 540 M., und zwar 400 M. + 70 M. + 70 M., endlich

c) in der 3. Klasse (Wartpersonal und sonstige Dienstpersonen) auf 360 M., d. i. 270 M. + 45 M. + 45 M.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz in (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 35. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der **Provinzial-Irrenanstalt bei Neustadt** an der Ostsee (Holstein), ca. 950 Kranke, mit welcher eine **Poliklinik für Nervenkrankheiten verbunden** ist, ist die durch Beförderung des bisherigen Inhabers zum Oberarzt freigewordene Stelle eines

ersten Hilfsarztes

zu besetzen. Gehalt 2500 M. neben vollständig freier Station. Voraussichtlich wird noch in diesem Jahre eine Neuregulierung der Gehalts- und Avancementsverhältnisse für die Anstaltsärzte der hiesigen Provinz eintreten.

Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion zu richten.

An der westfälischen **Provinzialheilanstalt** für Geisteskranke katholischer Konfession zu **Marsberg** (Station der Bahnstrecke Cassel-Arnsberg) ist die Stelle eines

Abteilungsarztes

zu besetzen. Gehalt 3300 M. steigend bis 5000 M. nebst freier Wohnung (für Verheiratete Familienwohnung oder Mietsentschädigung). Die Anstellung mit Pensionsberechtigung erfolgt nach $^1/_2$ jähriger Probedienstzeit. Bewerber, welche im Anstaltsdienste erfahren sind, wollen ihr Gesuch nebst Zeugnissen u. Lebenslauf richten an die Direktion.

Preisausschreiben.

Der Verein schweiz. Irrenärzte hat beschlossen, auf dem Wege eines Wettbewerbs eine Arbeit einzuholen, welche das Wirken **des Wartpersonals in der Irrenanstalt** zum Gegenstande hat. Die Arbeit müßte derart abgefaßt sein, daß sie sich zur Verbreitung in den weitesten Volksschichten eignete und dazu angetan wäre, das Interesse für die behandelte Frage zu wecken und dem erwähnten Berufe neue Kräfte zuzuführen.

Für die beste Arbeit wird ein Preis bis auf 200 Fr. ausgesetzt. Durch die Prämiierung geht die Arbeit in den Besitz des Vereins über.

Bewerber wollen ihre Arbeit in üblicher Weise unter einem Motto und mit verschlossener Adresse bis spätestens 15. Mai 19.. einsenden an den

Vereinspräsidenten Direktor Dr. Jörger
in Waldhaus/Chur.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 35. 21. November 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei größeren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Material zu § 1569 B. G. B.

(Nr. 24.)

In Sachen der Jägerfrau A. K. geb. G. in K., Klägerin und Berufungsklägerin, gegen den Jäger H. K. aus K., zurzeit in der Provinzialirrenanstalt K., vertreten durch seinen Vormund, Zuschneider J. K. in K., Beklagten und Berufungsbeklagten, wegen Anfechtung bezw. Scheidung der Ehe hat der III. Zivilsenat des Königlichen Oberlandesgerichts in K. auf die mündliche Verhandlung vom 19. Dezember 1907 unter Mitwirkung der Oberlandesgerichtsräte T., H., K. und A. und des Landrichters Dr. W. für Recht erkannt:

Auf die Berufung der Klägerin wird das am 18. November 1904 verkündete Urteil der II. Zivilkammer des Königlichen Landgerichts zu K. dahin abgeändert:

Die Ehe der Parteien wird geschieden. Die Kosten des Verfahrens hat der Beklagte zu tragen.

Tatbestand.

Die Parteien sind seit dem Jahre 1897 miteinander verheiratet.

Das Klagebegehren der Klägerin ist in erster Instanz nur auf Scheidung der Ehe gerichtet gewesen. Sie hatte beantragt, die Ehe der Parteien zu trennen und den Beklagten für schuldig zu erklären, ihm auch die Kosten aufzuerlegen.

Sie hatte behauptet, der Kläger habe ihr vor der Eheschließung vorgespiegelt, pensionsfähiger Beamter zu sein; gerade mit Rücksicht darauf habe sie ihn geheiratet. Erst im Juni 1904 habe sie erfahren, daß er sein Examen als Förster gar nicht bestanden habe und nur aushilfsweise und auf Widerruf als Hilfsdünenaufseher in S. bei M. beschäftigt worden sei.

Darin, daß Beklagter sie also getäuscht habe, sei ein ehrloses Verhalten zu erblicken.

Durch die Entlassung aus seiner Stellung sei der Beklagte brotlos geworden und nicht imstande, seine Familie zu ernähren.

Seit seiner Entlassung habe er keinen Pfennig zum Unterhalt seiner Familie beigetragen; vielmehr müsse sie ihn noch selbst ernähren. Er arbeite als Gärtner lediglich für Essen und Trinken.

Endlich sei der Beklagte seit Beginn der Ehe vollkommen impotent, wie sie sich erst später überzeugt habe.

Er habe daher auch bereits seit Jahren den ehelichen Umgang mit ihr unterlassen.

Das sechsjährige Kind, welches die Parteien besäßen, stamme aus einem vor der Eheschließung von ihr, der Klägerin, mit einem anderem, ihrem verstorbenen Bräutigam, gepflogenen Geschlechtsverkehr.

Aus diesen Gründen sei das eheliche Verhältnis zwischen den Parteien ein so zerrüttetes geworden, daß ihr, der Klägerin, die Fortsetzung der Ehe nicht zugemutet werden könne, weshalb der Klageantrag gerechtfertigt sei.

Der Beklagte hatte Anträge nicht gestellt. Die Klage ist ihm am 1. August 1904 zugestellt. Die Ladung zum Sühnetermin war am 29. Juni 1904 erfolgt.

Durch Urteil des Vorderrichters vom 18. November 1904 ist die Klägerin mit der Klage abgewiesen und verurteilt worden, die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

Gegen dieses dem Beklagten am 12. Dezember 1904 zugestellte Urteil hat die Klägerin durch einen dem Beklagten am 10. Januar 1905 zugestellten Schriftsatz Berufung eingelegt. Sie hat nunmehr beantragt, in erster Reihe: Die Ehe für ungültig zu erklären, in zweiter Reihe: Die Ehe zu scheiden.

Zur Begründung der Berufung hat die Klägerin folgendes vorgetragen:

I. Hinsichtlich des Antrages auf Anfechtung der Ehe:

Der Beklagte sei nach einer ihr „kürzlich" von dem leitenden Arzte der Irrenanstalt K. zugegangenen Benachrichtigung auch schon vor der Ehe wegen Geisteskrankheit acht Monate im K.er Krankenhause und alsdann noch einige Zeit in K. in Behandlung gewesen. Diese Behauptung hat die Klägerin erst in dem vorbereitenden Schriftsatze vom 5. April 1905, eingegangen am 6. April 1905, aufgestellt.

Weiter hat die Klägerin auch die folgenden in erster Instanz zur Begründung der Scheidungsklage vorgebrachten Gründe wiederholt: nämlich die bereits angegebene Täuschung über den angeblichen Stand als pensionsfähig angestellter Beamter und die Impotenz des Beklagten.

Außerdem hat die Klägerin noch behauptet, der Beklagte habe ihr vor der Eheschließung die kirchliche Trauung versprochen, dieses Versprechen aber nicht gehalten.

1. Der Beklagte sei aus seiner Stellung als Dünenhilfsaufseher wegen Trunksucht entlassen worden. Er sei vielfach während des Dienstes von seinen Vorgesetzten in Gastwirtschaften betroffen worden und habe deswegen bereits vor seiner Entlassung einen Verweis erhalten.

Trotzdem habe der Beklagte seinen Lebenswandel fortgesetzt und sei kurz vor seiner Entlassung wiederholt in sinnlos betrunkenem Zustande nach Hause gebracht worden.

Die Klägerin hat die bereits oben erwähnte Behauptung der kirchlichen Trauung trotz angeblichen Versprechens seitens des Beklagten auch zur Begründung des Antrages auf Scheidung vorgetragen.

3. Der Beklagte sei auch in unheilbare Geisteskrankheit verfallen. Diese dauere bereits länger als drei Jahre an, wie der Dr. S. in K. und der Direktor der Irrenanstalt K. bezeugen und begutachten würden.

Als ferneren Beweis hat die Klägerin ein Attest des Dr. S. vorgelegt, welches folgenden Wortlaut hat:

„Es wird hierdurch ärztlich bescheinigt, daß der Dünenaufseher H. K. aus K. an einer Geisteskrankheit leidet, die als voraussichtlich unheilbar erachtet werden muß.

K., den 2. Januar 1905.

gez. Dr. S."

Beklagter, so führt die Klägerin an, bilde sich ein, er werde von zahlreichen Verfolgern, die fortgesetzt Blitze nach ihm schleuderten, mit einem elektrischen Strome behandelt. Der Beklagte habe bereits mehrere Jahre vor seiner Entlassung an Wahnvorstellungen im Zusammenhange mit Elektrizität und Magnetismus gelitten. Befürchtungen derart, daß er von Blitze schleudernden Verfolgern mit einem elektrischen Strom behandelt werde, habe er bei gelegentlichen Besuchen der Frau P. in S. im Jahre 1900 sowie auch in den vorangegangenen und folgenden Jahren der Frau P. gegenüber ausgesprochen.

Ferner werde der Dünenaufseher Sch. in S., der den Beklagten seit vielen Jahren kenne, bezeugen, daß dieser an Wahnideen und Sinnestäuschungen gelitten habe, daß er Stimmen zu hören geglaubt habe, die von Elektrizität und Magnetismus herrühren müßten.

Für alle ihre Behauptungen hat die Klägerin Beweismittel benannt.

Der Beklagte hat keinen Antrag gestellt. Es ist in Gemäßheit des Beweisbeschlusses vom 5. Juni 1905 Beweis darüber erhoben worden:

I. a) ob der Beklagte, während er als Dünenhilfsaufseher in S. bei M. aushilfsweise und auf Widerruf angestellt war, vielfach während des Dienstes in Gastwirtschaften betroffen, ob er deswegen zunächst mit einem Verweise bestraft, sodann aber wegen Trunksucht aus seinem Dienste entlassen worden ist, durch eidliche Vernehmung des Baurats M. in M. als Zeugen,

b) ob der Beklagte, auch nachdem er von seiner vorgesetzten Behörde mit einem Verweise bestraft worden war, wiederholt in sinnlos betrunkenem Zustande nach Hause gebracht worden ist, durch eidliche Vernehmung der Wirtin G. P. in M. als Zeugin.

II. Ob der Beklagte in Geisteskrankheit verfallen ist, ob die Krankheit mindestens drei Jahre dauert und einen solchen Grad erreicht hat, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Parteien aufgehoben ist, und ob jede Aussicht auf Wiederherstellung der Gemeinschaft ausgeschlossen ist, durch uneidliche Vernehmung des praktischen Arztes Dr. S. und eidliche Vernehmung des Direktors der Irrenanstalt K. als Sachverständige.

Hinsichtlich des Ergebnisses der Beweisaufnahme, welches vorgetragen ist, wird auf die Protokolle vom 26. September 1905 (Bl. 97, 98 — Zeuge M.), vom 28. Juni 1905 (Bl. 63, 64 — Zeugin B.), vom 25. Oktober 1905 (Bl. 80, 80v Sachverständiger Dr. S.) und 11. Januar 1906 (Bl. 88, 89 — Sachverständiger Dr. St.) Bezug genommen.

Inzwischen ist der Beklagte durch Beschluß des Königlichen Amtsgerichts in Königsberg vom 7. Juli 1906 wegen Geisteskrankheit entmündigt worden.

In Gemäßheit des Beweisbeschlusses vom 31. Januar 1907 (Bl. 121) ist ferner darüber, ob die Klägerin davon, daß der Beklagte schon vor Eingehung der Ehe wegen Geisteskrankheit acht Monate im Krankenhause zu K. und alsdann noch einige Zeit in K. in

Behandlung gewesen ist, erst innerhalb sechs Wochen vor dem 6. April 1905 oder wann sonst durch Benachrichtigung von dem leitenden Arzte der Irrenanstalt K. Kenntnis erhalten hat, durch eidliche Vernehmung des Direktors der Irrenanstalt K. Dr. St. als Zeugen.

Das Ergebnis der Beweisaufnahme, welches vorgetragen worden ist, enthält das Protokoll vom 14. Februar 1907 (Bl. 125), auf welches hiermit Bezug genommen wird.

Endlich ist in Gemäßheit des Beweisbeschlusses vom 3. Juni 1907 (Bl. 132) darüber Beweis erhoben worden:

a) ob der Beklagte bereits mehrere Jahre vor seiner Entlassung als Forstaufseher d. i. 1. Oktober 1903 an Wahnvorstellungen im Zusammenhange mit Elektrizität und Magnetismus gelitten hat, ob er sich eingebildet hat, er werde von zahlreichen Verfolgern, die fortgesetzt Blitze nach ihm schleuderten, mit einem elektrischen Strome behandelt, und ob er diese Befürchtungen bei gelegentlichen Besuchen der nachbenannten Zeugin im Jahre 1900 sowie in den vorangegangenen und folgenden Jahren ausgesprochen hat, durch uneidliche Vernehmung der Frau Gendarm B. P. in K. als Zeugin,

b) ob der Dünenmeister Sch in S. bei M. viele Jahre hindurch bis zum Jahre 1903 fast täglich mit dem Beklagten zu tun gehabt und ob sich damals die von dem Sachverständigen Dr. St. bekundeten Zustände gezeigt haben, die mit Elektrizität und Magnetismus zusammenhingen, durch eidliche Vernehmung des Dünenmeisters Sch. unter Vorhaltung des Attestes des Dr. St. von Anfang Januar 1906 — Bl. 89, 90 der Prozeßakten — als Zeugen,

c) ob die von dem Sachverständigen Dr. St. nach dem Attest vom 11. Januar beobachteten Geisteszustände beim Beklagten seit 1903 oder wie lange bestanden und ob sie mindestens seit drei Jahren bestanden haben, durch eidliche Vernehmung des Dr. St. unter Vorhaltung der Aussagen der Zeugen P. und Sch. und seines eigenen früheren Gutachtens vom 11. Januar 1906.

Das Ergebnis der Beweisaufnahme, welches vorgetragen worden ist, enthalten die Protokolle vom 26. Juni 1907 (Bl. 139, 140, Aussage der Zeugin P.), vom 9. Juli 1907 (Bl. 147, 148, Aussage des Zeugen Sch.) und vom 20. August 1907 (Bl. 152, 153, Aussage des Sachverständigen Dr. St.).

Auf diese Protokolle wird Bezug genommen.

Entscheidungsgründe.

Die Klägerin hat in erster Instanz nur Scheidung verlangt, während ihr Antrag in der Berufungsinstanz in erster Linie auf Ungültigkeitserklärung, und erst in zweiter Linie auf Scheidung der Ehe gerichtet ist. Die Erhebung der Anfechtungsklage in Verbindung mit der Scheidungsklage erst in der zweiten Instanz ist nicht als unzulässige Klageänderung anzusehen, da nach § 615 Abs. 1 die Anfechtungsklage und die Scheidungsklage verbunden werden können, und gemäß § 614 Abs. 1 Z. P. O. bis zum Schluß derjenigen mündlichen Verhandlung, auf welche das Urteil ergeht, andere als die in der Klage vorgebrachten Klagegründe geltend gemacht werden können. Diese beiden Bestimmungen ergeben unbedenklich die Zulässigkeit der Erhebung der Anfechtungsklage erst in der Berufungsinstanz neben der auch in erster Instanz erhobenen Scheidungsklage (vergl. Petersen, Z. P. O. § 614 Anm. 2, § 615 Anm. 2, Sydow-Busch, Z. P. O. § 615 Anm. 4). Da die Ehe im Jahre 1897 geschlossen ist, so kommen für die Frage der Gültigkeit der Ehe gemäß Art. 198 Abs. 1 E. G. z. B. G. B. die Bestimmungen des A. L. R. zur Anwendung, während die Frage der Scheidung nach den Bestimmungen des B. G. B. zu beurteilen ist. Art. 201 E. G. z. B. G. B. Aus der Bestimmung des Art. 198 Abs. 1 E. G. B. G. B., da für die Frage der Gültigkeit der Ehe die Bestimmungen des A. L. R. maßgebend sind, folgt weiter, daß auch die für die Geltendmachung der Ungültigkeit der Ehe bestimmten Ausschlußfristen des A. L. R. maßgebend sind (vergl. E. R. G. vom 9. Mai 1901 in der Jur. Wochenschrift 1901, S. 452 ff.). Was nun

I. die Anfechtungsklage anbetrifft, so stützt die Klägerin ihren Antrag auf folgende Gründe:

a) Geistige Erkrankung des Beklagten vor Eingehung der Ehe.

Nach der Behauptung der Klägerin ist die Geisteskrankheit nicht geheilt worden. Gemäß § 39 A. L. R. II, 1 und § 1333 B. G. B. (Art. 198 Abs. 2 E. G. B. G. B.) ist diese Behauptung geeignet, die Anfechtung zu stützen. Es kann indessen dahingestellt bleiben, ob die Behauptung den Tatsachen entspricht. Jedenfalls hat die Klägerin hinsichtlich dieses Punktes die sechswöchige Ausschlußfrist des A. L. R. (§§ 39, 41, II) nicht gewahrt. Denn nach dem Zeugnis des Dr. St. (Bl. 125) ist der Brief, durch den der Klägerin der frühere Aufenthalt des Beklagten vor der Eingehung der Ehe in der Irrenanstalt K. bestätigt wurde, am 21. Januar 1905 abgegangen.

Es muß also angenommen werden, daß die Klägerin diesen Brief am 22. oder spätestens am 23. Januar 1905 erhalten hat. Nun wird nach § 41 A. L. R. I, 1 eine durch Irrtum veranlaßte Ehe verbindlich, wenn

sie nach dem entdeckten Irrtum länger als sechs Wochen fortgesetzt wird.

Der Irrtum der Klägerin besteht in der Unkenntnis der angeblichen Geisteskrankheit des Beklagten. Diesen Irrtum, von dem sie, wie oben dargelegt, am 22. oder spätestens 23. Januar 1905 Kenntnis erhalten hat, hat sie erst durch Schriftsatz vom 5., eingegangen am 6. April 1905, also weit später als sechs Wochen nach Kenntnis, geltend gemacht. Allerdings hat die Klägerin im Juli 1904 die Scheidungsklage erhoben und damit zu erkennen gegeben, daß sie die Ehe nicht „fortsetzen" wolle. Das Reichsgericht hat auch durch Urteil vom 23. Januar 1903 (E. R. G., Bd. 53, S. 334—336) entschieden, daß mit Erhebung der Scheidungsklage oder Anfechtungsklage alle Gründe, mögen sie auf Scheidung abzielen oder zur Anfechtung dienen, rechtshängig werden. Trotzdem kann die Frist erst vom Zeitpunkt der Kenntnis des Anfechtungsgrundes, d. i. in diesem Falle des Irrtums über die bestehende Geisteskrankheit des Beklagten, gerechnet werden. Denn bevor die Klägerin überhaupt keine Kenntnis von dem Bestehen der Geisteskrankheit hatte, konnte von einem „nicht Fortsetzenwollen der Ehe" aus diesem Grunde keine Rede sein. Die Frist war aber, wie oben dargelegt worden ist, bei Geltendmachung des Irrtums bereits abgelaufen.

b) Fortgesetzte Verweigerung der kirchlichen Trauung. Es kann dahingestellt bleiben, ob hierin ein Anfechtungsgrund im Sinne der §§ 39, 40 A. L. R. II, 1 — 1333, 1334 B. G. B. — liegt. Jedenfalls ist auch hinsichtlich dieses Punktes die Ausschlußfrist längst verstrichen, und außerdem hat die Klägerin für diese Behauptung einen Beweis nicht angetreten.

c) Täuschung durch den Beklagten darüber, daß er nicht das Försterexamen bestanden hat, und daher auch nicht pensionsfähig angestellter Beamter gewesen ist. Die Klägerin hat behauptet, daß sie im Juni 1904 Kenntnis davon erlangt hat, daß der Beklagte nie das Försterexamen bestanden habe und nie pensionsfähig angestellter Beamter gewesen sei, wie er ihr vor Eingehung der Ehe vorgespiegelt habe. Da die Klägerin diese ihr seit Juni 1904 bekannte Tatsache erst durch den Schriftsatz vom 5. April 1905 für die Anfechtung geltend gemacht hat, so hat sie auch hinsichtlich dieses Grundes die Ausschlußfrist nicht gewahrt.

d) Was endlich die von der Klägerin behauptete Impotenz des Beklagten anlangt, so würde diese zwar nach § 40 A. L. R. II, 1 die Anfechtung begründen. Indessen hat auch hier die Klägerin, die die angebliche Impotenz im Juli 1904 erkannt haben will, aber erst im Schriftsatz vom 5. April 1905 diesen Anfechtungsgrund vorgebracht hat, die mehrerwähnte Ausschlußfrist von sechs Wochen nicht gewahrt.

Der Antrag auf Anfechtung der Ehe ist somit unbegründet.

II. Den in zweiter Linie gestellten Antrag auf Scheidung stützt die Klägerin sowohl auf § 1568 B. G. B., indem sie dem Beklagten vorwirft, daß er durch schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten oder durch ehrloses und unsittliches Verhalten eine so tiefe Zerrüttung des ehelichen Verhältnisses herbeigeführt habe, daß ihr die Fortsetzung der Ehe nicht mehr zugemutet werden könne, als auch auf § 1569 B. G. B., indem sie behauptet, daß der Beklagte unheilbar geisteskrank sei, die Geisteskrankheit während der Ehe länger als drei Jahre andauere und einen solchen Grad erreicht habe, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Parteien aufgehoben sei.

A. Soweit die Klägerin ihren Antrag auf § 1568 B. G. B. stützt, hat sie folgende Gründe angeführt:

a) Der Beklagte habe durch Trunksucht das eheliche Verhältnis zerrüttet. Hochgradige Trunksucht, wie sie die Klägerin dem Beklagten vorwirft, derart, daß Beklagter sehr häufig in sinnlos betrunkenem Zustande nach Hause gebracht worden sei, und daß er infolge dieser Trunksucht nach vorausgegangener dienstlicher Verwarnung aus dem Dienst als Beamter entlassen worden sei, wäre wohl an sich geeignet, das Klagebegehren zu begründen. Die diesbezüglichen Behauptungen der Klägerin sind jedoch durch die Beweisaufnahme nicht erwiesen. Der Zeuge M. hat nur gelegentliche Wirtshausbesuche während der Dienstzeit gerügt, jedoch nicht bekunden können, daß der Beklagte jemals betrunken gewesen ist, er hat ihn nur einmal anscheinend angetrunken gefunden, und die Zeugin B. hat den Beklagten sogar als einen sehr nüchternen Menschen dargestellt. Auch ist der Beklagte, wie sein Vorgesetzter, Baurat M., glaubhaft bekundet hat, nicht wegen Trunksucht entlassen worden, sondern weil er sich wegen geistiger Minderwertigkeit zum Dienste untauglich zeigte.

b) Verweigerung der kirchlichen Trauung. Hierfür ist die Klägerin beweisfällig geblieben, wie bereits oben ausgeführt worden ist. Außerdem kann die Klägerin diesen Grund nicht geltend machen, weil die sechsmonatige Ausschlußfrist des § 1571 B. G. B. nicht gewahrt worden ist. Denn davon hat Klägerin viel länger als sechs Monate vor der Zustellung der Klage und vor der Ladung des Beklagten zum Sühnetermine Kenntnis gehabt.

c) Täuschung des Beklagten über seinen Stand durch die Vorspiegelung, er sei angestellter Beamter,

während er in Wirklichkeit nie das Försterexamen bestanden habe. Auf diesen Grund kann die Klägerin deswegen nicht zurückgreifen, weil § 1568 B. G. B. zu seiner Anwendung ein schuldhaftes Verhalten eines Ehegatten während der Ehe zur Voraussetzung hat während im vorliegenden die Täuschung über die Eigenschaft als angeblich pensionsberechtigt angestellter Beamter sowie das Nichtbestehen des Försterexamens vor der Eheschließung liegen.

d) Nichtgewährung von Unterhalt. In dieser Hinsicht ist ein ehrloses oder unsittliches Verhalten oder überhaupt auch nur ein schuldhaftes Verhalten des Beklagten nicht nachgewiesen. Wie die glaubhaften Bekundungen der Zeugen M. und Sch. ergeben, ist der Beklagte ohne Verschulden aus seiner Stellung als Dünenhilfsaufseher entlassen worden. Ein weiteres Verschulden des Beklagten hinsichtlich der Nichtgewährung von Unterhalt ist aber von der Klägerin nicht einmal behauptet worden.

e) Impotenz. Voraussetzung für die Geltendmachung dieser Tatsache, die übrigens nicht erwiesen ist, wäre, daß sie auf einem Verschulden des Beklagten beruht. Ein solches Verschulden ist aber auch nicht behauptet worden.

Auf § 1568 B. G. B. kann mithin die Scheidungsklage nicht gestützt werden.

B. Dagegen liegen die Voraussetzungen des § 1569 B. G. B. vor. Diese Voraussetzungen sind:

a) Die Geisteskrankheit muß während der Ehe mindestens drei Jahre gedauert haben. Diese drei Jahre sind von dem Zeitpunkte des Urteils, nicht der Klageerhebung zurückzurechnen (vergl. Recht, 1901, Seite 260).

Nach der Aussage der Zeugin P. hat der Beklagte bereits im Jahre 1902 an Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen gelitten. Er bilde sich ein, im Hause sei von einer Frau ein Kasten angebracht, von dem aus er mit Elektrizität behandelt werde. Er glaubte im Zimmer Blitze zu sehen, und wenn er an der elektrischen Straßenbahn vorbeiging und an der Oberleitung Funken sprühten, so nahm er die Kopfbedeckung wie zum Gruß ab, weil er dies tun müsse, wie er der Zeugin angab.

Nach dem Gutachten des Dr. St. vom 11. Januar 1906 bestand die Geisteskrankheit des Beklagten zu jenem Zeitpunkt mindestens ein Jahr, wahrscheinlich aber erheblich länger; der Sachverständige hat dann bei seinem zweiten Gutachten vom 20. August 1907 nach Kenntnis der Zeugenaussage der Zeugin P. erklärt, daß es ihm noch wahrscheinlicher geworden sei, daß die Geisteskrankheit des Beklagten seit dem Herbst 1903 besteht.

Auf Grund dieser Bekundungen hat der Senat für erwiesen erachtet, daß der Beklagte schon länger als einen Monat vor dem 11. Januar 1905, sicher aber schon am 18. Dezember 1904 geisteskrank gewesen ist, die Krankheit also während der Ehe vor Erlaß des gegenwärtigen Urteils mindestens drei Jahre gedauert hat.

Daß es sich aber in der Tat um Geisteskrankheit beim Beklagten handelt, folgt aus dem überzeugenden Gutachten des Dr. St. vom 11. Januar 1906. Danach lassen die Krankheitserscheinungen des Beklagten auf eine tiefgehende Zerrüttung seiner Verstandstätigkeit schließen. Er steht dauernd unter dem Einfluß von Wahnideen und Sinnestäuschungen, er hört Stimmen aber wie er sagt, gemütliche Stimmen, die von der Anstalt ausgehen müßten und durch Elektrizität und Magnetismus veranlaßt würden, die Anstalt sei doch eine Heilanstalt, und wenn die Ärzte kämen und den Kranken ansähen, dann werde dadurch eine künstliche Heilung herbeigeführt.

Der Sachverständige bezeichnet auch die Krankheit des Beklagten als ein Gehirnleiden.

b) Die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten muß aufgehoben sein. Diesen Grad muß die Krankheit vor Erlaß des Urteils erreicht haben. Daß dies der Fall ist, hat der Sachverständige Dr. St. bestimmt bekundet, indem er sagt, daß Beklagter bei seiner Krankheit nicht imstande sei, in vernünftiger Weise an den materiellen und sittlichen Pflichten der Ehe teilzunehmen.

c) Die Aussicht auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft zwischen den Ehegatten muß ausgeschlossen erscheinen. Auch dies muß nach dem Gutachten des Dr. St., dem sich der Senat anschließt, als erwiesen erachtet werden. Der Sachverständige Dr. St. sagt ausdrücklich, daß eine Wiederherstellung der Gemeinschaft bei dem Charakter des zugrunde liegenden Gehirnleidens ausgeschlossen sei.

Es war daher auf Scheidung zu erkennen. Die Entscheidung wegen der Kosten beruht auf § 91 Z. P. O.

gez. T. H. K. A. W.

Gutachten.

Der Dünenhilfsaufseher a. D. H. K. war zum ersten Male vom 10. Juni bis 3. September 1892 in hiesiger Anstalt in Behandlung. Er kam aus der städtischen Krankenanstalt in K., in welcher er wegen hochgradiger Verwirrtheit und Erregung Aufnahme gefunden hatte. In hiesiger Anstalt traten diese Erscheinungen nicht in den Vor-

dergrund, K. hielt sich vielmehr ruhig und fleißig und wurde mit schriftlichen Arbeiten beschäftigt. Bei seiner Entlassung konnte er nicht als geheilt bezeichnet werden, auch schien sein Leiden einer gänzlichen Heilung kaum fähig zu sein. Über sein Verhalten nach der Entlassung ist mir nichts bekannt geworden, außer daß er heiratete und eine Stelle als Dünenaufseher eine Reihe von Jahren lang bekleidete. Die zweite Aufnahme in die hiesige Anstalt erfolgte am 2. Februar 1905, und zwar wiederum aus der Krankenanstalt, in welche er auf seinen Antrag am 12. Januar 1905 wegen verschiedener nervöser Beschwerden Aufnahme gefunden hatte. Die Krankheitserscheinungen, welche jetzt in K. und hier beobachtet worden sind, lassen auf eine tiefgehende Zerrüttung der Verstandestätigkeit des p. K. schließen. Er steht dauernd unter der Einwirkung von Wahnideen und Sinnestäuschungen; er hört Stimmen, aber wie er sagt, gemütliche Stimmen, dieselben müssen von der Anstalt ausgehen und durch Elektrizität und Magnetismus veranlaßt werden; es sei hier doch eine Heilanstalt und wenn die Ärzte kämen und die Kranken ansähen, dann werde dadurch eine künstliche Heilung herbeigeführt. K. liest den Tag über etwas, kann aber sonst nicht beschäftigt werden, da auch seine geistigen Kräfte schon erheblich abgenommen haben. Er ist daher auch nicht imstande, in vernünftiger Weise an den materiellen und sittlichen Pflichten der Ehe teilzunehmen, so daß nach der Rechtsprechung des Reichsgerichts die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben wäre. Eine Wiederherstellung der Gemeinschaft ist bei dem Charakter des zugrunde liegenden Gehirnleidens ausgeschlossen; dieser Zustand besteht mindestens ein Jahr, wahrscheinlich schon erheblich länger, doch kann ich über die Dauer des Bestehens ohne Zeugenvernehmung Auskunft nicht geben.

Heil-Pflegeanstalt K., 11. Januar 1906.

Der Direktor
gez. Dr. St.

Wie wenig Verständnis für seine Lage K. besitzt, geht noch daraus hervor, daß er trotz eindringlicher Belehrung immer wieder lächelnd meinte, es sei unwahr, daß seine Ehefrau die Scheidung beantragt habe, es werde hier nur ein schlechter Scherz mit ihm getrieben, um ihn aufgeregt zu machen; im übrigen sei er mit der Ehescheidung einverstanden.

gez. St.

Analytische Deutung und Behandlung der psychosexuellen Impotenz beim Manne.

Von Dr. *S. Ferenczi* in Budapest.

Eines der wenigen objektiven Argumente, welche gegen die von Freud inaugurierte Behandlungsmethode der Psychoneurosen vorgebracht wurden, ist der Einwurf, daß die psychoanalytische Kur nur symptomatisch heile. Sie lasse die hysterischen Krankheitserscheinungen schwinden, nicht aber die hysterische Grundlage selbst. Demgegenüber macht uns Freud mit Recht darauf aufmerksam, daß dieselben Kritiker anderen antihysterischen Prozeduren gegenüber, die ja nicht einmal ein Symptom endgültig heilen können, viel nachsichtiger sind. Auch können wir dem erwähnten Argument die Tatsache entgegenhalten, daß die bis in die Tiefen des Seelenlebens durchgeführte Analyse, welche Freud sehr treffend mit den Ausgrabungsarbeiten des Altertumsforschers vergleicht, nicht nur symptomatisch heilt, sondern auch eine so gründliche Charakterveränderung des Patienten zur Folge hat, daß wir nicht mehr das Recht haben, ihn einen Kranken zu nennen.*) Umso weniger sind wir hierzu berechtigt, als er ja nach Beendigung der Analyse auch neuen psychischen Konflikten und Erschütterungen gegenüber gut gewappnet ist, beinahe so gut wie die nicht analysierten „Gesunden", die — wie wir es jetzt bestimmt wissen — ihr Leben lang eine Unzahl verdrängter Vorstellungskomplexe mit sich herumtragen, die allezeit bereit sind, die pathogene Wirkung von Psychotraumen mit ihrem Affektwerte zu steigern und zu übertreiben.

Diese Beweislast entfällt übrigens vollkommen, wenn unsere ärztliche Aufgabe sich in der Heilung eines einzigen Symptomes erschöpft. Unter diesen Aufgaben galt aber die Behandlung der psychischen Impotenz stets als eine der schwierigsten. So viele meiner Patienten kamen mit dieser Klage, und so groß fand ich das seelische Elend infolge dieses Symptoms, daß ich nicht müde wurde in der Anwendung der verschiedensten medikamentösen*)

*) Jung und Muthmann kommen in ihren Arbeiten zum gleichen Schluß.

*) Ferenczi: Arzneimittelschatz des Neurologen. (Gyógyászat 1906.)

und suggestiven*) Behandlungsmethoden. Mit beiden hatte ich hie und da Erfolge; als verläßlich erwies sich keine. Um so glücklicher schätze ich mich, jetzt über viel bedeutendere Erfolge berichten zu können, die ich gerade der Freudschen psychoanalytischen Behandlungsmethode verdanke.**)

Ich will vorerst ohne theoretische Auseinandersetzungen die von mir beobachteten Fälle erzählen und meine Bemerkungen eher in die Kasuistik einschalten.

Ein 32 jähriger Industrieller sucht meine Ordination auf. Sein furchtsames, beinahe unterwürfiges Wesen läßt schon par distance den „Sexualneurastheniker" erkennen. Mein erster Gedanke ist, daß ihn die Gewissensbisse des Masturbanten quälen. Doch erweist sich seine Klage als eine viel ernstere. Er habe es — so erzählt er — trotz seines Mannesalters und trotz unzähliger Versuche nie dazu bringen können, die Kohabitation regelrecht auszuführen; Unzulänglichkeit der Erektion und ejaculatio praecox hätten die immissio stets unmöglich gemacht. Er suchte bei verschiedenen Ärzten Hilfe, der eine (ein berüchtigter Zeitungs-Inserent) herrschte ihn roh an: „Sie haben masturbiert, daher Ihre Impotenz!" worauf der Patient, der ja von seinem 15. bis zum 18. Jahre sich tatsächlich selbst befriedigte, als Resultat dieser Konsultation die Überzeugung mit nach Hause nahm, daß die geschlechtliche Unfähigkeit die wohlverdiente und unabänderliche Folge seiner „Jugendsünden" sei. Immerhin machte er noch weitere Heilversuche und machte unter anderem eine lange Bäder- und Elektrizitätskur — ohne Erfolg — durch. Der Patient hätte sich auch schon ins Unabänderliche gefügt, hätte er nicht in allerletzter Zeit starke Neigung zu einem ihm sehr entsprechenden Mädchen gefaßt; der Wunsch, diese zu heiraten, war das Motiv seines neuerlichen Versuches.

Der Fall ist ein sehr alltäglicher und die anamnestische Ausforschung und die Untersuchung des Pat. brachte auch sonst nichts Besonderes zum Vorschein. Es stellte sich heraus, daß bei ihm nebst der Impotenz ein neurotischer Symptomkomplex nachzuweisen ist: verschiedene Parästhesien, Gehörshyperästhesie, hochgradige Hypochondrie, unruhiger Schlaf mit Angstträumen, im ganzen also eine Angstneurose im Sinne Freuds, die ja im geschlechtlichen Unbefriedigtsein und in den häufigen frustranen Erregungen genügende Erklärung fand. Der Patient, obwohl bei ihm der Kopulationsmechanismus gerade im kritischen Augenblicke vollkommen versagte, phantasierte im Wachen wie im Halbschlaf von nichts anderem als von sexuellen Situationen und verspürte während des Phantasierens die heftigsten Erektionen. Doch gerade dieser Umstand erweckte in mir den Verdacht, daß der Kranke nebst den nervösen Folgen der Abstinenz auch an einer Psychoneurose leiden dürfte, und daß die Ursache der Impotenz selbst in der hemmenden, verbietenden Kraft eines unbewußten psychischen Komplexes, welcher gerade im Momente der gewollten geschlechtlichen Vereinigung wirksam wird, gesucht werden müsse. Unter der Bezeichnung „psychische Impotenz" ist uns ja dieser krankhafte Zustand längst bekannt; auch wußten wir, daß dabei die Hemmungswirkung der Angst und Furcht den sonst intakten sexuellen Reflexbogen unwegsam macht. Früher glaubten wir aber solche Fälle durch die „Feigheit" des Patienten oder durch die bewußte Erinnerung an einen sexuellen Mißerfolg für voll erklärt, und beschränkte sich unsere ärztliche Tätigkeit auf das Beruhigen oder Aufmuntern des Kranken, was in einer gewissen Zahl der Fälle auch gelang. Im Besitze der Kenntnis der Freudschen Psychologie konnte ich mich mit solchen oberflächlichen Erklärungen nicht zufrieden geben und mußte voraussetzen, daß nicht bewußte Furcht, sondern unbewußte, in infantilen Erinnerungsspuren wurzelnde Seelenvorgänge ganz bestimmten Inhalts für das Symptom verantwortlich zu machen sein werden, wahrscheinlich irgendein kindischer Sexualwunsch, der im Laufe der individuellen Kulturentwicklung nicht nur unausführbar, sondern auch denkunmöglich geworden ist. Auf die diesbezüglich an ihn gerichteten Fragen erhielt ich lauter negative Auskünfte. Es sei mit ihm in geschlechtlicher Beziehung nichts Besonderes vorgefallen; Eltern und Geschwister seien in sexueller Hinsicht stets sehr dezent und reserviert gewesen, auch kümmerte er sich als Kind „um diese Dinge" gar nicht; von homosexuellen Regungen wisse er sich vollkommen frei; der Gedanke an die Betätigung „erogener Zonen" (Anal- und Oral-Erotismus) erfülle ihn mit Abscheu; das Treiben der Exhibitionisten, Voyeurs, Sadisten und Masochisten sei ihm fast unbekannt. Höchstens die etwas übermäßige Vorliebe für den weiblichen Fuß und seine Beschuhung muß er etwas unwillig zugeben, ohne über die Quelle dieser fetischistischen Liebhaberei Auskunft geben zu können. Selbstverständlich ließ ich den Kranken genau erzählen, wie er zu

*) Ferenczi: Über den Heilwert der Hypnose. (Gyógyászat 1904.)

**) Als literarische Quellen kann ich Freuds sämtliche Werke, sowie folgende Arbeiten zweier Wiener Ärzte anführen: Dr. M. Steiner, „Die funktionelle Impotenz des Mannes". Wiener Med. Presse, 1907, Nr. 42. Dr. W. Stekel, „Nervöse Angstzustände". Wien, Braumüller, 1908.

seinen Kenntnissen auf sexuellem Gebiete gekommen ist, worüber er während der Periode der Selbstbefriedigung phantasierte und wie die ersten — gleich mißlungenen — Kohabitationsversuche vor sich gegangen sind. Doch auch diese eingehende Anamnese förderte keine Tatsache zum Vorschein, die ich als zureichende Erklärung der psychosexuellen Hemmung hätte akzeptieren können. Seit Freud wissen wir aber, daß eine solche Krankheitserzählung auch bei voller Aufrichtigkeit und schärfstem Gedächtnis des Ausgefragten nicht die wirkliche Entwickelungsgeschichte des Individuums wiedergibt; das Bewußtsein kann nämlich die unangenehm gewordenen Gedanken und Erinnerungen so geschickt „übersehen" und „vergessen", daß sie nur durch mühsame analytische Arbeit aus der Verdrängung hervorgeholt oder bewußt gemacht werden können. Ich zauderte also nicht, die psychoanalytische Methode in Anwendung zu bringen.

Bei der Analyse stellte es sich bald heraus, daß der Verdacht Psychoneurose berechtigt war. Die schon erwähnten Parästhesien ließen bei näherer Beachtung ihre neurotische Natur erkennen („Schmerzen" und „Krachen" in den Sehnen, „Wogen" in den Bauchmuskeln und in den Beinen etc.), außerdem kamen aber auch mehrere ihm immer wieder einfallende unzweifelhaft obsedierende Gedanken und Gefühle zum Vorschein; er traue sich nicht den Leuten in die Augen zu sehen; er sei feige; er habe das Gefühl, als hätte er ein Verbrechen begangen; er fürchte immer lächerlich zu werden.

Solche Zwangsvorstellungen und Empfindungen von Zwangscharakter sind für die sexuelle Impotenz typisch. Die Feigheit des sexuell Impotenten findet ihre Erklärung darin, daß das beschämende Bewußtsein einer solchen Unvollkommenheit auf die ganze Individualität ausstrahlt. Freud spricht sehr treffend von der „Vorbildlichkeit der Sexualität" für das sonstige psychische Verhalten. Der Grad der Sicherheit in der sexuellen Leistungsfähigkeit wird für die Sicherheit im Auftreten, in den Anschauungen und Handlungen maßgebend. Doch das unmotivierte Schuldbewußtsein, das bei unserem Patienten eine nicht unbeträchtliche Rolle zu spielen schien, ließ tiefer unterdrückte, in gewissem Sinne wirklich „sündhafte", unbewußte Gedankengänge vermuten; allmählich lieferte dann die Analyse das psychische Material, aus dem ich auf die Natur dieser „Sünde" folgern konnte.

Es fiel mir vor allem auf, daß sich der Patient in seinen sexuell gefärbten Träumen sehr häufig mit korpulenten Frauen beschäftigte, deren Gesicht er nicht sieht und mit denen er die geschlechtliche Vereinigung selbst im Traume nicht vollführen konnte, sondern statt der zu erwartenden Pollution von heftiger Angst befallen wurde und mit Gedanken, wie: „Das ist unmöglich!", — „Diese Situation ist undenkbar", — aufschreckte. Nach solchen Angstträumen erwachte er erschöpft, in Schweiß gebadet, mit Herzklopfen und hatte gewöhnlich „einen schlechten Tag".

Daß er im Traume niemals das Gesicht des Sexualobjektes sieht, mußte ich als Traumentstellung (Freud) deuten; sie hat hier den Zweck, die Person, auf die sich der libidinöse Traumwunsch richtet, für das Bewußtsein unkenntlich zu machen. Das Aufschrecken bedeutet hingegen, daß das Bewußtsein doch zu ahnen begann, daß mit der Frauensperson, auf die der Traum anspielt, „diese Situation undenkbar" ist. Der Angstanfall ist die affektive Reaktion des Bewußtseins gegen eine Wunscherfüllung des Unbewußten.*)

Das unbewußte Verbot der vollen sexuellen Befriedigung war beim Patienten so streng, daß er selbst beim Wachträumen, wenn er sich sexuellen Phantasien hingab, in dem Momente, wo er sich die Kohabitation selbst vorstellen wollte, erschrocken zusammenfuhr und seine Gedanken irgendwie ablenken mußte.**)

---

*) Der ungarische Dichter Ignotus scheint die Existenz der Traumentstellung und Traumzensurierung zu ahnen, wie dies aus folgendem Versfragmente erhellt:

„. . . und wie der Mensch, ist auch sein Träumen feige,
Des Schicksals Flegel drischt ihn bald so mürbe,
Daß er sein Heil nicht mal zu träumen wagt."

Es ist mir schon früher aufgefallen (siehe den Artikel: „Liebe und Wissenschaft", Gyógyászat 1901), daß die brauchbaren literarischen Quellen der Individualpsychologie nicht in der wissenschaftlichen, sondern in der belletristischen Bibliothek zu suchen sind.

**) Freud machte zuerst auf das häufige Vorkommen von ängstlichen Prüfungsträumen bei Sexual-Impotenten aufmerksam. Diese Beobachtung kann ich vollauf bestätigen. Die Traumphantasie der Maturitätsprüfung, der Rigorosen kehrt bei solchen Leuten als „typischer Traum" sehr oft wieder, und ist stets mit dem unangenehmen Gefühle des Nichtvorbereitetseins, Sichblamierens usw. verbunden. Dieses Gefühl ist ein traumverschobener Affekt; er gehört zum Bewußtsein der sexuellen Unfähigkeit. Ein im vulgären Ungarisch gebräuchliches Synonym für die Kohabitation — („schießen") — dürfte der Grund dessen sein, daß in den Träumen der in meiner Behandlung stehenden Impotenten so häufig Situationen wiederkehren, bei denen der (meist ungeschickte) Gebrauch von Schießwaffen die Hauptrolle spielt. (Z. B. Einrosten des Gewehrs, Fehlgehen des Schusses, Nichtlosgehenwollen der Flinte usw.)

(Schluß folgt.)

Mitteilungen.

— **Berlin.** Unter Vorsitz des Wirkl. Geh. Rates, Präs. von Strauß und Torney hielt am 3. November d. Js. der Berliner Zentralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus im Landeshause, Matthäikirchstraße 20, seine Generalversammlung ab. Dem Verbande gehören jetzt 34 große Vereine und Organisationen Berlins an, darunter eine Anzahl von Krankenkassen.

Geheimrat Dr. Weymann vom Reichsversicherungsamt hielt einen Vortrag über Alkohol und Arbeiterversicherung, dem wir folgendes entnehmen:

Der durchschnittliche Verbrauch alkoholischer Getränke überschreitet in Deutschland weit die Grenze der Mäßigkeit. Er verkürzt erheblich die Lebensdauer, ruft häufig innere Leiden hervor, begünstigt die Entstehung, Dauer und Schwere anderer Leiden und erschwert ihre Heilung; er steigert die Unfallhäufigkeiten und die Schwere der Unfallfolgen, erzeugt eine geschwächte und belastete Nachkommenschaft. Dadurch erhöht er die finanzielle Belastung aller Zweige der Arbeiterversicherung um viele Millionen und hemmt gleichzeitig die soziale Wirkung der Arbeiterversicherung.

Die Organe der Arbeiterversicherung sollten deshalb die Bekämpfung des Alkoholismus mit den ihnen nach dem Gesetz zur Verfügung stehenden Mitteln als ihre dringliche Aufgabe betrachten.

Die der Entstehung der Trunksucht vorbeugenden Mittel sind die wichtigsten; vor allem Belehrung im größten Maßstabe, Gewinnung der Jugend, Umgestaltung der Volksanschauungen über den Wert des Alkohols, über die verhängnisvolle Wirkung der allgemeinen Trinksitten, Förderung des Werkausschanks von Milch, Tee, Kakao.

— In der Gemeinde Oftringen (Schweiz) ist eine vielköpfige, aus Erwachsenen bestehende **Bauernfamilie von religiösem Wahnsinn befallen** worden. Sie befaßte sich in letzter Zeit Tag und Nacht mit Beten und prophezeite den nahen Weltuntergang. In der Nacht vom 29. auf den 30. Oktober wurde das Beten in Permanenz betrieben; dann schleppte die Familie, um dem Himmel ein Brandopfer zu bringen, ein Kalb aufs freie Feld hinaus, begoß das arme Tier mit Petrol und zündete es an. Um den Teufel auszutreiben, wurde es mit Sensen zu Tode gequält. In der Wohnstube wurde sodann das Beten fortgesetzt, eine Tochter in Weiß gekleidet und in ihr der Heiland verehrt. Zwei Söhne und die Mutter hatten sich schon vor Ausbruch des Wahnsinns fortbegeben. Die ganze Familie wurde in polizeilichen Gewahrsam genommen.

(Neue Züricher Zeitung 1. XI. 08.)

— **Psychiatrische Kurse für Richter, Staatsanwälte und Strafvollzugsbeamte in Wien.** Der Justizminister hat die Abhaltung von Kursen am Sitze einiger Oberlandesgerichte eingeleitet, um den im Strafverfahren und Strafvollzuge tätigen Organen der Rechtspflege die Ergebnisse der psychiatrischen Wissenschaft so weit zu vermitteln, als dies für das praktische Bedürfnis wünschenswert erscheint. Die Kurse werden zwei oder drei Monate dauern, während welcher Zeit wöchentlich ein oder zwei Vorträge stattfinden. Als Vortragende wurden Professoren der Psychiatrie, Gerichtspsychiater und Ärzte der öffentlichen Irrenanstalten berufen. Auf Grund der Erfahrungen, die bei diesen ersten Kursen über die zweckmäßigste Form ihrer Einrichtung gewonnen werden, soll in den folgenden Jahren auch an anderen Orten die Veranstaltung von Kursen erfolgen und, soweit dies durchführbar ist, insbesondere auch den Funktionären der Justizbehörden, die in weiterer Entfernung vom Oberlandesgericht ihren Amtssitz haben, die Teilnahme ermöglicht werden. (Neue Freie Presse.)

Referate.

— Konrad Ferdinand Meyer. Eine pathographisch-psychologische Studie. Von Dr. J. Sadger-Wien. Wiesbaden, 1908. Verlag von J. F. Bergmann.

Der feinsinnige Dichter K. F. Meyer verdient nach seiner seelischen Eigenart auch das psychiatrische Interesse. Er stammt ab von einem zarten neurasthenischen Vater und von einer schwerbelasteten, aber klugen und feinen Mutter, die durch Selbstmord in Melancholie endigte. Der Dichter selbst war mit seinen reichen Gaben von Jugend auf unstet, unfähig zur Konzentration und überempfindlich gegen gemütliche Stöße. Im 27. Lebensjahre nahmen die Unstetheit, die ihn zu keinem Berufe kommen ließ, und die gemütlichen Verstimmungen zeitweise den Charakter seelischer Störung an, so daß ihn die Irrenanstalt Préfargier bei Neuenburg aufnahm, wo man ihn in der Familie des Direktors wohnen ließ. Die körperliche und geistige Reifung ging außerordentlich langsam vor sich. Erst dem Vierzigjährigen sproßt der Schnurrbart; der bis dahin Überschlanke bekommt ein ordentliches Fettpolster. Anfang der vierziger Jahre erschienen die ersten Gedichte im Druck, noch später die Meisterwerke. Erst im Alter von 50 Jahren heiratet der Dichter und findet in der Ehe den Lenz seines Lebens, die Zeit des reichsten Schaffens und des höchsten Glücks. Nachdem in den sechziger Jahren allerhand Beschwerden hysterischen Charakters den Dichter gequält hatten, kam er Ende der sechziger Jahre zum zweiten Male in die Irrenanstalt und zwar mit einer ausgesprochenen Psychose. Ärztlicherseits wurde nach der Entlassung, welche nach $^5/_4$ Jahren erfolgte, die Diagnose „senile Melancholie mit Defektheilung“ gestellt.

Das hier kurz skizzierte Lebensbild ist vom Wiener Nervenarzt Sadger mit viel Liebe und stilistischem Geschick geschildert. Leider bringt Sadger, dessen psychiatrische Anschauungen ganz in der Freuds wurzeln, und dessen Deutung der Psychose unseres Dichters wohl auch von Freud beeinflußt ist, als Erklärung des Seelenlebens Meyers nicht allein die Züge der Belasteten bei, wie sie Allgemeingut der Psychiater sind, sondern auch mehrere der von Freud beschriebenen Symptome. Danach soll eine infantile

Erotik des Dichters seiner Mutter gegenüber eine wesentliche Rolle spielen, welche von dieser fortwährend Stützung und Opfer verlangte, während umgekehrt die schwache Mutter von dem Dichter Stütze und Ersatz des früh verschiedenen Gatten forderte. Wenn diese und ähnliche immer wiederkehrenden Auffassungen den Widerspruch vieler Psychiater herausfordern werden, so zwingen sie mich dazu, die Lektüre des Buches Nicht-Psychiatern geradezu abzuraten. Gewiß gehöre ich zu denen, die das Arbeitsgebiet der Psychiater gerade in der Gegenwart auf sozialem, forensischem und ästhetischem Gebiete erweitern wollen. Aber überall bei solchen Grenzüberschreitungen — so in dem von Möbius so glänzend eroberten Lande der Pathographie — ist äußerste Vorsicht nötig. Wenn aber der Laie diese Dinge von infantiler Erotik des Dichters gegenüber der Mutter liest, Anschauungen Freuds, deren Geltungsumfang zum mindesten heute noch zweifelhaft ist, wenn der Laie solche Dinge liest, so wird er sie entweder nicht verstehen oder davon angewidert werden. Bei dieser Sachlage muß ich die Biographie von Adolf Frey, welche übrigens auch die psychologischen Momente in K. F. Meyers Leben musterhaft darstellt, auch dem Psychiater, der sich über Meyer orientieren will, mehr empfehlen. Oder man greife zu den Aufzeichnungen der klugen, bescheidenen und selbstaufopfernden Schwester des Dichters, Betsy, welche viele Jahre bis zu der von ihr angeregten Verheiratung Meyers diesem die treueste Stütze war, ohne die er bei seiner psychopathischen Veranlagung kaum sein Ziel erreicht hätte.

Innere Beziehungen zwischen den seelischen Abweichungen Meyers und seinen Lebenswerken hat Sadger nicht gesucht. Es sind solche tieferer Art wohl auch nicht vorhanden. Die meisten Leser der Gegenwart werden wohl wie Ref. nicht in den Novellen, sondern in den Gedichten Meyers die reifsten Früchte seines poetischen Schaffens sehen. Diese Gedichte sind in ihrer Art das Vollendetste, was Geschmack, feines Empfinden und Verstand komponieren können. Nur elementare Kraft wird man in ihnen vermissen. Dieses Manko kann man, wenn man will, mit der psychasthenischen Veranlagung des Dichters in Verbindung bringen. Bratz-Wuhlgarten.

— Studien über Nervenregeneration von Prof. Dr. S. Ramón y Cajal in Madrid. Übersetzt von Dr. Johannes Bresler. Mit 60 Abbildungen im Text. Leipzig, 1908. Ambros. Barth. Preis 7,50 M.

Ist ein peripherer Nerv durchschnitten worden, so erscheinen nach einiger Zeit in der Narbe neugebildete Nervenfasern, welche den Zusammenhang wieder herstellen. Die Anhänger der monogenistischen Theorie lehren, daß die neugebildeten Fasern des peripheren Endes durch Knospung und Wachstum der Nervenfasern des zentralen Stumpfes entstehen, die Polygenisten dagegen sind der Meinung, daß sie aus den unter der Schwannschen Scheide liegenden, die alten Nervenfasern umkleidenden Zellen hervorgehen. Cajal ist Monogenist, er verficht in der vorliegenden Arbeit seinen auf die Resultate zahlreicher Experimente gegründeten Standpunkt. Er studierte namentlich die an den Fibrillen vor sich gehenden regenerativen Veränderungen. Mit Hilfe des von ihm entdeckten eingekapselten Wachstumsknopfs, der das Ende eines jeden neuen, zur Peripherie ziehenden Axons darstellt und stets gegen das Nervenende hin gerichtet ist, erkannte er sowohl den Ursprung der Faser als auch die Richtung des Wachstums. Den Vorgang des Auswachsens denkt sich Cajal im wesentlichen chemotaktisch. Die Zellsatelliten regulieren Ernährung und Wachstum der Fortsätze; die von der Schwannschen Scheide abgesonderten „Locksubstanzen" befördern der Fasern Wachstum und Neubildung. — Wird die weiße Substanz im Großhirn oder im Kleinhirn durch eine Läsion unterbrochen, so kommt es auch hier zu einer trophischen Degeneration des peripheren Segmentes sowie zu einer traumatischen Degeneration des zentralen Endes. Das letztere trennt sich schnell von dem gesunden Teil des Axons, welcher sich mehr oder weniger nach der Ursprungszelle zurückzieht und mit einer besonderen Kugel (Retraktionskugel) endet. Bei der trophischen wie bei der traumatischen Degeneration wird das Axon zunächst zu einer Kette fester, in Abständen voneinander befindlicher Kugeln umgeformt; später verwandelt sich diese Kette in isolierte Kugeln. Bei jugendlichen Individuen kann die Reaktionskugel zum Wachstumsknopf werden. Die dünnen marklosen Axone widerstehen dem Degenerationsprozeß viel mehr als die dicken markhaltigen.

Die Verlagsbuchhandlung hat das wiederum durch J. Bresler in sehr dankenswerter Weise den deutschen Fachmännern zugänglich gemachte Werk des großen spanischen Forschers auch mit den dazu gehörigen, wohlgelungenen Bildern ausgestattet.

G. Ilberg.

— The Journal of Mental Pathology, New York, bringt in seiner Nr. 3, Vol. VIII, 1908 den ausgezeichneten Vortrag: The development of the modern care and treatment of the insane, as illustrated by the state hospital system of New York, welchen der Expräsident der Kommission in Lunacy und emeritierte Professor für Psychiatrie und gerichtliche Medizin in New York, Dr. Carlos F. Macdonald auf dem internationalen Kongresse für Neurologie, Psychiatrie und Psychologie vom 2. bis 7. September 1907 in Amsterdam gehalten hat.

Der Vortragende schickt folgende Überlegung voraus: Wenn man 200 Dollars als den Wert eines Individuums für den Staat annimmt und den jährlichen Wert der Versorgung eines unheilbar gewordenen Geisteskranken in einer öffentlichen Anstalt gleichfalls mit 200 Dollars einschätzt, so erleidet der Staat pro individuo einen jährlichen Schaden von 400 Dollars oder bei Annahme von einer durchschnittlichen Lebensdauer von zwölf Jahren für einen unheilbar gewordenen Geisteskranken, einen Schaden von 2400 Dollars für diese Zeit, während jeder Geistesgesunde einen Gewinn von 2400 Dollars für den Staat für diesen Zeitraum darstellt. Da nun schätzungsweise

gegen 200000 Geisteskranke in den V. St. A. leben, so kann man sich annähernd eine Vorstellung von der Größe des Schadens machen, welchen der Staat erleidet, wenn viele seiner geisteskranken Bürger unheilbar geisteskrank werden und auf allgemeine Kosten in öffentlichen Anstalten versorgt werden müssen.

Aus dieser Überlegung folgert Dr. Macdonald die Notwendigkeit für jeden geordneten Staat, beizeiten für eine geordnete Unterbringung und Behandlung seiner Geisteskranken zu sorgen, um größeren Schaden zu verhüten. Deshalb hat auch der vorbildlich wirkende Staat New York bisher 26000000 Dollars für Investitionen, Gebäude usw. für seine Geisteskranken ausgegeben und gibt jährlich weit über 5000000 Dollars für die Verpflegung derselben aus, oder 3,53 Dollars pro Kopf und Woche.

Der Vortragende erzählt im Verlaufe des Vortrages die Geschichte des Anstaltswesens und die Gesetzgebung vom Jahre 1836 an. Er teilt sie in drei Perioden ein. Die erste reicht von 1836 bis bis 1865, in welche in Berücksichtigung eines Memorandums der Medial Society of New York an die Legislatur die Errichtung der ersten Irrenanstalt in Utica, welche 1843 eröffnet wurde, fällt. Vor und in dieser Zeit wurden alle Geisteskranke unterschiedslos in den poor- or workhouses untergebracht. Dieses berüchtigte „System of comity or poorhouses care" dauerte bis 1865. Es ist am besten charakterisiert von dem verstorbenen Sekretär der Staate Medical Society des Staates New York, Dr. Silvester Willard, der obwohl kein Irrenarzt, in einem Berichte an die Legislatur im Jahre 1864 die Behandlung der Geisteskranken in den Armenhäusern folgendermaßen beschreibt:

„In einigen dieser Gebäude werden die Geisteskranken in finsteren, kellerartigen Käfigen und Zellen eingesperrt gehalten, wie wenn sie Verbrecher wären und nicht der Vernunft beraubte, lebensüberdrüssige Geistesarme. Sie schlafen einfach gleich Tieren nur auf Stroh ohne jedes Bettzeug, ja einige derselben erdulden die durchbohrende Kälte und den Frost des Winters, ohne daß man sie mit Schuhen oder Strümpfen bekleidet; es sind arme Geisteskranke; sie sind abgeschlossen von der Mildtätigkeit der Welt, in der sie sich doch wenigstens Schuhe erbetteln könnten. Wahnsinnig, in enger Zelle, ohne Kleidung, mitunter auf Stroh oder einer Bank in einem Raume schlafend, in welchem Luft, Licht, Wärme nur durch eine schmale Öffnung, eine Art Kerkertür eindringt, der Sympathie und des sozialen Lebens beraubt, in keiner Gesellschaft als höchstens der eines armen Leidensgenossen, ohne die geringste belebende Aufmunterung, ohne einen Schimmer der Hoffnung für die Zukunft! Die Tobsüchtigen, sie rasen nur, und werden immer tobsüchtiger und durchschreiten toll im Wahnsinn ihr düsteres Gemach. In diesen Instituten wird den verschiedenen Abstufungen des Wahnsinns keine Rechnung getragen. Die Alten und die Jungen, die Furchtsamen und die Unverschämten, die Kranken, die Schwachen und die Gewalttätigen, sie alle sind hier ohne Rücksicht auf den Grad ihrer Tollheit zusammengepfercht, und die natürliche Folge ist, daß ihr Zustand sich unaufhaltsam verschlechtert. Einzelne Tobsüchtige reißen ihre Kleider vom Leibe, die nun zerstreut am Boden liegen, sie laufen nackt in der Zelle herum, schlafen auf feuchtem, mit Exkrementen beschmutzten Stroh mehrere Tage hindurch, ohne daß sich jemand um sie kümmert. Kann es ein schrecklicheres Bild geben? Und doch ist diese Schilderung nicht übertrieben."

Der Leiter eines solchen Armenhauses rühmte sich öffentlich Dr. Macdonald gegenüber, einen solchen Kranken für 90 Cents pro Woche oder 13 Cents pro Tag zu verpflegen.

Die Publikation dieses Berichtes rüttelte das öffentliche Gewissen auf und leitete die zweite Periode ein. In diese fällt die Errichtung von sieben Anstalten (fünf für akute, zwei für chronische Fälle).

Das System of comity care trat immer mehr zurück.

Die dritte Periode endlich beginnt mit 1889. Es wurden von den Obliegenheiten des State Board of Charities der Teil für die Irren abgetrennt und zur State Commision in Lunacy umgestaltet, deren erster Präsident eben der Vortragende Dr. Macdonald sieben Jahre war.

Es wurden nun in Verbindung mit der State Charities Aid Association, besonders durch die Agitationen ihres Mitgliedes der Miß Louisa Lee Schuyler das Gesetz vom Jahre 1890 und alle jene Institutionen geschaffen, welche zu einer geordneten Spitalspflege notwendig sind.

Allmählich trat nun die Armenhauspflege ganz zurück und die staatliche Pflege an ihre Stelle. Kein unheilbar gewordener Geisteskranker durfte mehr in die County asyls abgegeben werden.

Der Vortragende schildert nun die Tätigkeit der neugeschaffenen Irrenbehörden, ihre Rechte und Pflichten, welche unseren Lesern aus früheren Aufsätzen dieser Zeitschrift wohl bekannt sind. Nur die Sätze mögen hier Platz finden, welche The american Journal of Insanity damals schrieb:

„Der Gesetzentwurf betreffend die Staatspflege der dem Staate New York zur Last fallenden Geisteskranken wurde am 15. April 1890 zum Gesetz erhoben. Durch die Unterzeichnung dieses Gesetzentwurfes inaugurierte Governor Hill den höchsten Triumph, den die Humanität im Staate New York je gefeiert hat. Alle Ehre den guten Männern und Frauen, welche unermüdlich Tag und Nacht die drei vergangenen Jahre hindurch daran gearbeitet haben, dieses erfreuliche Ziel glücklich zu erreichen. In der allgemeinen Freude soll nicht bekrittelt werden, wem der Löwenanteil des Vertrauens gebührt, doch müssen alle anerkennen, daß die bedeutendste und wichtigste Rolle in dieser großen Reform die State Commission in Lunacy gespielt hat." Dr. Anton Hockauf.

Personalnachrichten.

— **Neustadt i. Holst.** Dr. med. Kleinsinger, bisher Oberarzt an der Provinzial-Idioten-Anstalt Schleswig, ist mit dem 15. d. M. als 4. Oberarzt an die hiesige Anstalt versetzt.

— **Posen.** Der bisherige Oberarzt an de Maison de sante in Schöneberg-Berlin, Dr. Geo Dobrick, ist am 1. Oktober 1908 bei der Provinzial- Irren- und Idiotenanstalt Kosten als Oberarzt ei gestellt worden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lubliniz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. **Nr. 36. 1908.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der **Provinzial-Irrenanstalt bei Neustadt** an der Ostsee (Holstein), ca. 950 Kranke, mit welcher eine **Poliklinik für Nervenkrankheiten verbunden** ist, ist die durch Beförderung des bisherigen Inhabers zum Oberarzt freigewordene Stelle eines

ersten Hilfsarztes

zu besetzen. Gehalt 2500 M. neben vollständig freier Station. Voraussichtlich wird noch in diesem Jahre eine Neuregulierung der Gehalts- und Avancementsverhältnisse für die Anstaltsärzte der hiesigen Provinz eintreten.

Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf sind an die Direktion zu richten.

An der **Provinzial-Idiotenanstalt in Schleswig** ist zu sofort oder später die Stelle eines

Oberarztes

zu besetzen. Pensionsfähiges Anfangsgehalt 3000 M. Für unverheiratete Ärzte Dienstwohnung in der Anstalt bei vollständig freier Station. Mehrjährige psychiatrische Vorbildung erforderlich. Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnissen erbeten an den Direktor.

Erfahrener Psychiater

unverheiratet, zum 1. Januar 1909 als Stationsarzt an die Abteilung für Gemütskranke der **von Ehrenwall'schen Kuranstalt** gesucht, Anfangsgehalt bei ganz freier Station monatl. 250 M., steigend bei dauernder Anstellung. Pensionsversicherung. Einreichung von Zeugnissen (möglichst auch Bild) erbeten an die Direktion der Kuranstalt **Ahrweiler** (Rheinland).

An der westfälischen **Provinzialheilanstalt** für Geisteskranke katholischer Konfession zu **Marsberg** (Station der Bahnstrecke Cassel-Arnsberg) ist die Stelle eines

Abteilungsarztes

zu besetzen. Gehalt 3300 M. steigend bis 5000 M. nebst freier Wohnung (für Verheiratete Familienwohnung oder Mietsentschädigung). Die Anstellung mit Pensionsberechtigung erfolgt nach $^1/_2$jähriger Probedienstzeit. Bewerber, welche im Anstaltsdienste erfahren sind, wollen ihr Gesuch nebst Zeugnissen u. Lebenslauf richten an die Direktion.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 36. 28. November 1908.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Analytische Deutung und Behandlung der psychosexuellen Impotenz beim Manne.

Von Dr. *S. Ferenczi* in Budapest.

(Schluß).

Einigemale kam in seinen Träumen eine gewisse aktive Grausamkeit zum Vorschein, z. B.: er beißt jemandem den Finger ab, oder beißt einem ins Gesicht. Es war nicht schwer, die Quelle dieser kannibalischen Velleitäten in der infantilen Feindseligkeit gegen einen um 20 Jahre älteren Bruder zu erkennen, der seinerzeit allzu strenge und gar nicht liebevoll mit seinen kleinen Brüdern umging. Dieser Hang zur Grausamkeit lauert übrigens auch im Wachen hinter der manifesten Feigheit des Patienten. So oft er sich dabei ertappen mußte, daß er diesem oder jenem (meist einem Vorgesetzten) gegenüber sich wieder als ein Feigling benahm, vertiefte er sich in minutenlange Phantasien, in denen er sich haarklein ausmalte, wie er bei nächster Gelegenheit in ähnlicher Lage vorgehen, was für körperliche Züchtigungen und Schimpfworte er austeilen wird.*) Es ist dies eine Äußerung des bei Psychoneurotikern so häufigen „esprit l'escalier", oder wie es Freud nennt, der „Nachträglichkeit". Diese hochfahrenden Pläne blieben aber meist für immer müßige Phantasiegebilde; die Angst oder Furcht lähmte die Hand und die Sprache des Patienten in kritischen Augenblicken immer wieder. Eine Determinierung dieser Art von Feigheit findet die Analyse im infantilen Respekt vor Eltern und älteren Geschwistern, der seinerzeit die Auflehnung des Kindes gegen deren körperliche Züchtigungen und Verweise in Schranken hielt.

Bei der engen physiologischen Verknüpfung und dem gedanklichen Assoziiertsein der Sexualfunktion und der Harnentleerung fand ich es erklärlich, daß beim Patienten die Hemmung, wie es sich bald herausstellte, auch bei der Miktion in Erscheinung tritt. Er ist unfähig, im Beisein einer zweiten Person den Harn zu entleeren. Solange er am öffentlichen Anstandsort ganz allein ist, uriniert er regelmäßig in starkem Bogen; in dem Momente, wo noch jemand eintritt, wird die Miktion „wie abgeschnitten", er wird unfähig, auch nur einen Tropfen herauszupressen.

Aus diesem Symptom wie auch aus seiner Verschämtheit auch Männern gegenüber folgerte ich, daß beim Patienten, wie bei den meisten Neurotikern (Freud), eine das gewöhnliche Maß übersteigende homosexuelle Komponente nachzuweisen wäre. Die infantile Quelle derselben glaubte ich in seinem Verhältnis zu einem jüngeren Bruder suchen zu können, mit dem er jahrelang in einem Bette schlief und überhaupt in Schutz- und Trutzbündnis gegen den sie mißhandelnden älteren Bruder lebte. Mit dem Ausdrucke „das gewöhnliche Maß der Homosexualität" besage ich implicite, daß meine nunmehr zahlreichen Psychoanalysen die Lehre von der Psychobisexualität unterstützen, wonach von der ursprünglich bisexuellen Anlage des Menschen nicht nur anatomische, sondern auch psychosexuelle Rudimente erhalten bleiben, die unter Umständen auch das Übergewicht erlangen können.

Auf Grund anderer ähnlicher Analysen witterte ich hinter der im Traume wiederkehrenden korpulenten Frau eine nahe Verwandte des Patienten: die Mutter oder eine Schwester; diese Zumutung wies er aber entrüstet zurück und sagte mir triumphierend, er habe nur eine korpulente Schwester und gerade diese könne er nicht leiden; ihr gegenüber sei er stets mürrisch und unfreundlich gewesen. Wer aber, wie ich, die Erfahrung machte, wie oft sich eine für das Bewußtsein lästige Sympathie hinter übertriebene Strenge und Verdrießlichkeit versteckt, dessen Ver-

*) In Ibsens „Kronprätendenten" personifiziert die Gestalt des Bischofs Nicholas in ausgezeichneter Weise die Feigheit und versteckte Grausamkeit, als Folgen der sexuellen Impotenz.

dacht wird von einer solchen Auskunft nicht eingeschläfert.*)

An einem der folgenden Tage hatte der Patient eine eigentümliche hypnagoge Halluzination, die er mit geringer Modifikation schon einigemale verspürt haben soll; im Begriffe einzuschlafen hatte er das Gefühl, als höben sich die Füße (die er beschuht glaubte, obzwar sie nackt waren) in die Höhe, während der Kopf tief nach unten sank; er erwachte sofort mit starkem Angstgefühl. Mit Rücksicht auf den schon erwähnten Fuß- und Schuhfetischismus unterzog ich die diesbezüglichen Assoziationen und Einfälle des Patienten einer neuerlichen genauen Analyse, deren Resultat das Auftauchen folgender, vom Patienten längst vergessenen und für ihn höchst unangenehmen Erinnerungsbilder war: Die korpulente Schwester, die er „nicht ausstehen kann" und die um zehn Jahre älter als der Patient ist, pflegte ihre Schuhe von dem damals drei- bis vierjährigen Bruder auf- und zuknöpfen zu lassen; auch kam es nicht selten vor, daß ihn die Schwester auf ihrem nackten, nur mit kurzem Strumpf bekleideten Unterschenkel reiten ließ, wobei er einen wollüstigen Reiz am Gliede verspürte. (Da dies offenbar eine Deckerinnerung im Sinne Freuds ist, muß zwischen ihnen noch mehr vorgefallen sein.) Als er dies später wiederholen wollte, wies ihn das nunmehr 14- bis 15jährige Mädchen ab mit dem Vorwurfe, das sei unsittlich, unanständig.

Nun konnte ich dem Patienten meine nunmehr gesicherte Überzeugung mitteilen, daß der psychologische Grund seiner Impotenz in dem mit der kulturellen Sexualmoral (v. Ehrenfels, Freud) unvereinbaren, daher verdrängten, aber im Unbewußten fortlebenden Wunsche nach Wiederholung jener sexuellen Handlungen zu suchen ist. Der Patient, von den Argumenten nur halb besiegt, beharrte auf dem Standpunkte der Verneinung; doch lange währte sein Widerstand nicht mehr. Schon tags darauf kam er mit der Mitteilung, er hätte viel über das, was ich ihm sagte, nachgedacht und erinnere sich, daß er in seiner Jugendzeit manchmal dieses infantile Erlebnis mit der Schwester (15 bis 18 Jahr) zum Gegenstande der Masturbationsphantasie gewählt habe, ja — gerade die Gewissensangst nach einer solchen Selbstbefriedigung habe ihn bewogen, mit der Masturbation überhaupt zu brechen. Seitdem sei ihm — bis jetzt — die Kindergeschichte nie eingefallen.

Ich veranlaßte den Patienten von Anfang an, die Kohabitationsversuche während der Kur fortzusetzen.

*) „Ich hasse, weil ich nicht lieben kann." (Ibsen).

Nach der hier mitgeteilten Traumanalyse kommt er nun eines Tages mit der überraschenden Mitteilung, daß er Tags vorher (zum ersten Male in seinem Leben) den Koitus auszuführen vermochte; die Erektion, die Dauer der Friktionen und der Orgasmus habe ihn dabei vollständig befriedigt; mit der für Neurotiker charakteristischen Gier wiederholte er den Akt noch am selben Abend zweimal, immer mit einer anderen Frauensperson.

Ich setzte die Kur fort und begann die übrigen Symptome seiner Neurose analytisch abzubauen; doch dem Patienten, nachdem er seinen Hauptzweck erreicht und sich von der Dauerhaftigkeit des Erfolges überzeugt hatte, mangelte es andem notwendigen Interesse für die Analyse, und so entließ ich ihn nach zweimonatiger Behandlung.

Dieser Heilerfolg bedarf der Erklärung. Aus Freuds wegweisendem Werke über die Entwicklungsgeschichte der Sexualität im Individuum (Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, Wien, Deuticke, 1905) lernten wir, daß das Kind seine ersten sexuellen Eindrücke von der unmittelbaren Umgebung empfängt, und daß diese Eindrücke bei jedem richtunggebend bleiben für die spätere Auswahl des Sexualobjektes. Es kommt aber vor, daß — infolge konstitutioneller Ursachen oder äußerer begünstigender Momente (z. B. Verzärtelung) — die inzestuöse Objektwahl fixiert wird. Die durch Beispiel und Erziehung allmählich erstarkende „kulturelle Moral" wehrt sich energisch gegen das Andrängen der unsittlichen Wünsche und es kommt zur Verdrängung derselben. Diese Abwehr gelingt — wie auch in unserem Falle — anfangs vollständig („Periode der gelungenen Abwehr", Freud), doch können die unterdrückten Wünsche unter dem Einflusse des organisch-sexuellen Entwicklungsschubes in der Pubertät wieder rege werden, was einen neuerlichen Verdrängungsschub notwendig macht. Diese zweite Verdrängung bedeutet für unseren Patienten den Beginn der Psychoneurose, die sich unter anderem in der psychosexuellen Hemmung bei der Kohabitation und in der Aversion gegen die Schwester äußerte. Der Kranke war unfähig, den Geschlechtsakt auszuführen, da er bei jeder Frau unbewußt an die Schwester erinnert wurde; und er konnte seine Schwester nicht ausstehen, weil er — ohne es zu wissen — nicht nur den Blutsverwandten, sondern stets auch das Weib in ihr sah. Die Antipathie war ein gutes Schutzmittel gegen das Bewußtwerden der gegensätzlichen Gefühlsströmung.

Doch das Unbewußte (im Sinne Freuds) vermag nur so lange das geistige und körperliche Wesen des Menschen zu beherrschen, bis die Analyse den Inhalt

der in ihm verborgenen Gedankengänge entlarvt. Hat einmal das Licht des Bewußtseins in diese Seelenvorgänge hineingeleuchtet, dann ist es zu Ende mit dem tyrannischen Zwange des unbewußten Komplexes. Die verdrängten Gedanken hören auf, Sammel- und Stapel-Stellen nicht abreagierbarer Affekte zu sein; sie werden in die Gedankenverkettung der normalen Assoziation eingeschaltet. Der Analyse, d. h. einer Art „Umgehung der Zensur" (Freud), war es also in unserem Falle zu verdanken, daß die affektive Energie des Komplexes nicht mehr in ein körperliches Zwangs-(Hemmungs-)Symptom konvertiert, sondern von der Denktätigkeit zersetzt und abgeführt wird und seine inadäquate Bedeutung für immer verloren hat.

Daß die inzestuöse Fixierung der Libido nicht nur ausnahmsweise, sondern verhältnismäßig häufig als Ursache der psychosexuellen Impotenz erkannt wird, beweisen die ganz analogen Psychoanalysen von Steiner und Stekel. Auch ich bin in der Lage, noch einen zweiten ähnlichen Fall anzuführen. Ein von mir behandelter und derzeit schon der Heilung nahestehender 28jähriger Psychoneurotiker, der von ängstlichen Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen geplagt war, litt nebstbei an psychosexueller Hemmung, ganz wie der Patient, dessen Geschichte ich vorhin mitteilte. Doch hörte dieses Symptom im sechsten Monate der Analyse von selbst auf, nachdem es gelang, die an die Person der Mutter fixierten infantilen Inzestgedanken bewußt zu machen. Wenn ich erwähne, daß dieser sonst eher „übermoralische" Kranke auch feindselige Phantasien gegen seinen Vater unter seinen unbewußten Gedankengängen hegte, so wird man in ihm eine typische Personifizierung des Ödipus-Mythus erkennen, deren allgemein-menschliche Bedeutung entdeckt zu haben gleichfalls ein Verdienst Freuds ist.

Die die psychische Impotenz bedingenden, in der Kindheit verdrängten libidinösen Gedanken müssen sich nicht auf nächste Verwandte beziehen; es genügt hierzu, daß das infantile Sexualobjekt eine in irgendwelcher Hinsicht achtunggebietende, sogenannte „Respektperson" gewesen sei. Als Beispiel hierfür kann ich einen 45jährigen Kranken anführen, bei dem sowohl die quälende „Herzangst" (Angina pectoris nervosa) wie auch die Sexualschwäche bedeutend nachließ, seitdem er sich von den verdrängten unehrerbietigen Phantasien, deren Gegenstand die verstorbene Pflegemutter ist, Rechenschaft geben kann. In diesem Falle hat der inzestuösen Fixierung (wenn diese Bezeichnung unter Nichtblutsverwandten gestattet ist) der Umstand Vorschub geleistet, daß auch die Pflegemutter die notwendigen Schranken in den Äußerungen der Kinderliebe nicht eingehalten hat; sie ließ den Knaben bis zum zehnten Jahre in ihrem Bette schlafen und duldete lange ohne Widerspruch seine bereits deutlich erotisch gefärbten Liebesbezeugungen. Solchen Gefahren und Versuchungen sind die Kinder oft seitens ihrer Lehrer und Erzieher ausgesetzt; nicht selten fallen sie den maskierten Sexualhandlungen erwachsener Verwandten zum Opfer, und zwar nicht — wie man voraussetzen könnte — nur in Massenquartieren, sondern auch in solchen Gesellschaftsschichten, wo man den Kindern die größtmögliche Sorgfalt zuteil werden läßt.*)

Die tragische Rolle, die die Pflegemutter im Leben dieses Patienten gespielt hat, wird durch die Tatsache erwiesen, daß, als er vor einigen Jahren heiraten wollte, die damals schon mehr als siebzigjährige Ziehmutter in ihrer Verzweiflung einen Selbstmord beging; sie stürzte sich aus dem Fenster des zweiten Stockes gerade im Augenblicke, als der Adoptivsohn beim Haustor heraustrat. Der Patient glaubte, das Motiv dieser Tat sei die Unzufriedenheit mit seiner Wahl gewesen. Doch sein Unbewußtes muß den Selbstmord richtiger gedeutet haben, denn in dieser Zeit traten die Herzschmerzen auf, die als konvertiertes (ins körperliche projiziertes) „Herzweh" aufzufassen sind. Die sexuelle Schwäche besteht bei diesem Patienten seit der Pubertät, und er wird vielleicht nur auf der Neige des Mannesalters die volle sexuelle Leistungsfähigkeit erlangen.

Steiner unterscheidet nebst den Fällen funktioneller Impotenz, die von unbewußten Komplexen infantiler Herkunft determiniert sind, noch zwei Arten psychosexueller Hemmung; bei der einen sei die angeborene sexuelle Minderwertigkeit, bei der anderen seien gewisse nach der Pubertät einwirkende Schädlichkeiten als veranlassende Momente anzusprechen.

Der Wert dieser Einteilung ist meines Erachtens mehr ein praktischer denn ein theoretischer. Von den „angeborenen" Fällen müssen wir vor allem die Fälle von Pseudoheredität ausschließen, wo neuropathische Eltern gerade infolge ihres Leidens die Kinder unrichtig behandeln, falsch erziehen und eventuell solchen Einwirkungen aussetzen, die eine spätere Sexualhemmung zur Folge haben, ohne welche Einflüsse vielleicht auch aus dem „Hereditarier" kein Sexual-Impotenter geworden wäre.

Freud vergleicht die Pathogenese der Neurosen

*) Siehe Freuds Kleine Schriften zur Neurosenlehre, Seite 114. Siehe auch meinen Artikel „Sexual-Pädagogik", Budapesti Orvosi Ujság, 1908.

mit der Tuberkulose. Auch bei dieser spielt die Disposition eine bedeutende Rolle, aber das eigentlich Pathogene ist doch nur der Bacillus Kochii, und wenn es gelänge diesen fernzuhalten: an der „Disposition“ allein stürbe kein einziger Mensch. Sexuelle Einwirkungen der Kindheit spielen bei den Neurosen dieselbe Rolle, welche bei Infektions-Krankheiten den Bakterien zukommt. Und wenn man auch zugeben muß, daß dort, wo die Disposition sehr groß ist, schon die ubiquitären, unvermeidlichen Eindrücke zur Determinierung einer zukünftigen funktionellen Impotenz hinreichen können, so muß man doch prinzipiell daran festhalten, daß diese Eindrücke und nicht die wesenlose „Disposition“ die spezifische Ursache (Freud) des Leidens ist. Daraus folgt aber auch, daß die Psychoanalyse auch bei „angeborener sexueller Minderwertigkeit“ nicht ganz aussichtslos ist.

Auch die nach der Pubertät erworbene psychosexuelle Impotenz ist meiner Ansicht nach von der durch unbewußte Komplexe konstellierten nur scheinbar verschieden. Wenn jemand, nachdem er eine zeitlang den Kopulierungsakt regelrecht vollenden konnte, seine Leistungsfähigkeit unter dem Eindrucke besonderer Umstände (z. B. Furcht vor Infektion, Schwängerung oder Überraschung, zu starke sexuelle Erregung usw.) für längere Zeit verliert, so kann man getrost annehmen, daß auch in ihm verdrängte infantile Komplexe vorhanden sind, und daß gerade dem von solchen Komplexen auf die aktuelle Reaktion übertragenen Affekt (Freud) die übertrieben lange oder intensive, das heißt pathologische Wirkung der gegenwärtigen Schädlichkeit zuzuschreiben ist. Vom praktischen Standpunkte hat Steiner vollkommen recht, wenn er diese Gruppe besonders hervorhebt; sind doch die hierher zu rechnenden Fälle oft durch einfache Beruhigung, durch suggestive Maßnahmen oder durch eine ganz oberflächliche Analyse (die der alten Breuer-Freudschen „Katharsis“ oder „Abreagierung“ gleichzustellen ist) heilbar. Doch hat diese Art Heilung nicht den prophylaktischen Wert der tiefgehenden Psychoanalyse, wenn ihr auch der Vorteil nicht abzusprechen ist, daß sie dem Arzte und dem Patienten viel geringere Bürden auferlegt.

Eine solche oberflächliche Analyse gab einem meiner Patienten, einem jungen Manne, der nach Aquirierung der ersten Gonorrhoe vor Hypochondrie impotent wurde, sowie einem zweiten, den der Anblick des Menstrualblutes bei seiner Frau dieser gegenüber unfähig machte, ihre potestas coëundi wieder. Einfache Aufmunterung und suggestive Beruhigung hatte den gleichen Effekt bei einem ... rigen Manne, der, obzwar er vordem in ... Hinsicht ziemlich aktiv gewesen ist, unfähig ... als er sich verheiratete und es sich um eine ... „Pflicht“ gehandelt hat. In diesem Falle ... aber die Analyse auch nach Wiederherstellung ... Sexualfunktion fort, und das Resultat derselben ... das Aufdecken folgender Tatsachen: Der ... Sohn eines Binders, hat im Alter von drei ... Jahren, von einem sicherlich perversen Gehilfen ... Vaters ermutigt, die Geschlechtsteile eines ... im gleichen Alter manustupriert; nachher ... Gehilfe das Mädchen das Präputium des ... einem kleinen Holznagel, wie solche zum ... wurmstichiger Fässer benutzt werden, ... Dabei passierte es, daß das Nägelchen sich ... Vorhaut hineinbohrte und vom Arzt operativ ... werden mußte. All dies ging nicht ohne ... Schreck, Angst und Beschämung vor sich. ... mehr deprimierte ihn aber, daß seine Kameraden ... diesem Vorfalle irgendwie Kenntnis erhielten ... jahrelang mit dem Spottnamen „Nagelstich“ ... Er wurde verschlossen und mürrisch. Zur ... Pubertät befiel ihn oft die Angst, daß die ... geringfügige) Narbe am Präputium seine ... zum Akte verringern werde, aber die ersten ... gelangen nach einigem Schwanken ziemlich ... Doch die Furcht, den gesteigerten sexuellen ... sprüchen des Ehelebens nicht entsprechen zu ... bedeutete eine übermäßige Belastung seiner ... einen infantilen Komplex bereits geschwächten ... alität, und es kam nach der Verheiratung zur ... potenz.

Der Fall ist in mancher Hinsicht lehrreich ... beweist, daß, wenn nach Zerstreuung der ... ängstlichen Vorstellungen die Potenz ... dies noch nicht beweist, daß diese Angst ... schließliche Ursache der Hemmung gewesen ... wahrscheinlicher ist, daß wie in diesem, auch ... ähnlichen Fällen die vorbewußte Angst nur ... „übertragenen Wirkungskreis“ hat, während ... sprüngliche Krankheitsquelle im Unbewußten ... ist. Die erfolgreiche Suggestionskur hätte dann ... Symptom — wie Freud sagt — nur „die ... abgebrochen“, das heißt, die Gesamtbelastung ... neuropsychischen Apparates soweit vermindert ... der Patient allein damit fertig wird.

Der Fall ist zugleich ein Beispiel dafür, daß ...

---

*) Die von Muthmann, Frank und ... übten Methoden der Psychoanalyse sind in diesem Sinne ... ständig zu nennen.

der infantilen inzestuösen Fixierung auch andere Erlebnisse der ersten Kindheit, die mit dem Affekt starker Beschämung einhergingen, später eine psychosexuelle Hemmung determinieren können.

Eine Art der Beschämung verdient ihrer praktischen Bedeutung halber besonders erwähnt zu werden, die nämlich, die dem Kinde nach Ertapptwerden beim Masturbieren zuteil wird. Die Fixierung der Beschämung wird dabei oft auch noch durch körperliche Züchtigung und Ängstigung mit schweren Krankheiten gesteigert; Freud machte uns aufmerksam, wie typisch die Art der Abgewöhnung von der Onanie die spätere Charakter- und Neurosenbildung beeinflußt. Man kann dreist behaupten, daß das taktlose Vorgehen der Eltern, Lehrer und Ärzte in dieser für das Kind so wichtigen Angelegenheit mehr Unheil stiftet als alle anderen so oft angeschuldigten kulturellen Schädlichkeiten. Das Isoliertsein der Kinder in ihren sexuellen Nöten, die hierdurch zu erklärenden übertriebenen und falschen Vorstellungen über alles, was physiologisch oder gedanklich mit der Sexualität zusammenhängt, die übermäßige Strenge bei der Ahndung kindischer Sexualgewohnheiten, das systematische Erziehen des Kindes zu blindem Gehorsam und unmotiviertem Respekt vor den Eltern: all das sind Ingredienzien einer heute leider vorherrschenden Erziehungsmethode, die man auch künstliche Züchtung von Neuropathen und Sexual-Impotenten nennen könnte.

Zusammenfassend erlaube ich mir meine Ansicht über die psychosexuelle Impotenz des Mannes im folgenden mitzuteilen:

1. Die psychosexuelle Impotenz des Mannes ist immer Teilerscheinung einer Psychoneurose und entspricht der Freudschen Auffassung von der Genese psychoneurotischer Symptome. Sie ist also immer die symbolische Manifestation von verdrängten Erinnerungsspuren infantiler sexueller Erlebnisse von unbewußten, nach deren Wiederholung strebenden Wünschen und dem hierdurch provozierten seelischen Konflikte. Diese Erinnerungsspuren und Wunschregungen sind bei sexueller Impotenz stets solcher Art oder beziehen sich auf solche Persönlichkeiten, daß sie mit dem bewußten Denken des erwachsenen Kulturmenschen unverträglich sind. Die sexuelle Hemmung ist also ein Verbot des Unbewußten, das sich eigentlich gegen eine bestimmte Art der sexuellen Betätigung richtet, zur besseren Sicherung der Verdrängung aber auf die sexuelle Befriedigung überhaupt ausgedehnt wird.

2. Die sexuellen Erlebnisse der ersten Kindheit, die die spätere Hemmung determinieren, können ernsthafte Psychotraumen sein. Ist aber die Disposition zu Neurosen groß, so können unvermeidliche und scheinbar harmlose Kindheitseindrücke zur selben Folgeerscheinung führen.

3. Unter den Krankheitsursachen der späteren psychosexuellen Impotenz kommt der inzestuösen Fixierung (Freud) und der sexuellen Beschämung im Kindesalter eine besonders große Bedeutung zu.

4. Die Hemmungswirkung des verdrängten Komplexes kann sich gleich bei den ersten Kohabitationsversuchen äußern und sich fixieren. In leichteren Fällen verschafft sich die Hemmung nur später, bei einer mit besonders starker sexueller Erregung oder einer mit Besorgnis verknüpften Kohabitation Geltung. Die zu genügender Tiefe fortgeführte Analyse dürfte aber in allen ähnlichen Fällen neben, richtiger hinter der aktuellen depressiv wirkenden Schädlichkeit auch verdrängte infantile Sexualerinnerungen und mit diesen verknüpfte unbewußte Phantasien nachweisen können.

5. Das volle Verständnis eines Falles von psychosexueller Impotenz ist nur mit Hilfe der Freudschen Psychoanalyse denkbar. Mittels dieser Methode ist manchmal auch in schweren, scheinbar inveterierten Fällen die Heilung des Symptoms und die Prophylaxe seiner Wiederkehr erreichbar. In leichten Fällen kann auch die Suggestion oder eine oberflächliche Analyse zum Ziele führen.

6. Die Psychoneurose, deren Teilerscheinung die sexuelle Hemmung ist, ist meistens auch durch Symptome einer Aktualneurose im Sinne Freuds (Neurasthenie, Angstneurose) kompliziert.

Mitteilungen.

— **81. Generalversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz** am 20. Juni 1908.

Nach Erledigung einiger geschäftlicher Angelegenheiten spricht Herr Prof. A. Westphal dem Vorsitzenden, Herrn Geh. Rat Pelman, die herzlichsten Glückwünsche des Vereins anläßlich des 70. Geburtstages aus.

Tagesordnung: 1. Herr Herting-Galkhausen: M. H.! Der rheinische Hilfsverein für Geisteskranke hat in seiner letzten Sitzung zur Frage der Behandlung geisteskranker Verbrecher Stellung genommen. Er befürwortet eine möglichst weitgehende räumliche Trennung derselben von den Unbescholtenen, plädiert ferner für Anrechnung der in Irren-

anstalten verbrachten Zeit auf die Strafzeit und wünscht auch die Voraussetzungen für die Festhaltung der Kriminellen genauer geregelt. Der Hilfsverein ist nun an Sie herangetreten mit der Bitte, sich zu seinen Thesen zu äußern. Ich stelle hierzu folgenden Antrag:

Der psychiatrische Verein der Rheinprovinz nimmt mit besonderer Freude Kenntnis von dem Interesse, das der Hilfsverein für Geisteskranke durch die eingehende Besprechung wichtiger die Irrenfürsorge und die Irrengesetzgebung betreffender Fragen und durch sein aktives darauf gerichtetes Vorgehen bekundet. Ohne auf eine spezielle Erörterung der einzelnen Punkte einzugehen, stimmt er im allgemeinen den geäußerten Wünschen insofern bei, als er bei den bevorstehenden Irrengesetzreformen gleichfalls ihre entsprechende Berücksichtigung erhofft.

2. Herr A. Westphal-Bonn: a) Manisch-depressives Irresein und Lues cerebri. Vortr. stellt drei Fälle von periodischer Manie mit reflektorischer Pupillenstarre vor und bespricht deren Differentialdiagnose. Er weist ferner auf die Möglichkeit, daß es sich in einzelnen dieser Beobachtungen um Psychosen von periodischem Verlaufe handle, die auf dem Boden der Lues entstanden sind.

b) Tabes und Psychose: 45 jähriger Mann, 20. Aug. 1902, Lues. Jetzt lanzinierende Schmerzen, Gürtelgefühl, Blasenlähmung, hochgradigste Ataxie, reflektorische Pupillenstarre, Fehlen der Sehnenreflexe, Analgesie, links pier tabétique. Zugleich mit der Tabes sind zahlreiche unzusammenhängende, aber doch feststehende Verfolgungs- und Größenideen entstanden, die Hand in Hand gehen mit illusionärer Auslegung der bestehenden Schmerzen und Parästhesien.

c) Arteriosklerotische Psychose: Patient ist jetzt 61 Jahre alt. Seit 21 Jahren krank. Gedächtnisschwäche, unstetes Wesen, artikulatorische Sprachstörung. Vor zwölf Jahren „Schlaganfall" mit vorübergehender Lähmung des rechten Armes. Seitdem mehrfach Anfälle ohne dauernde körperliche Lähmungserscheinungen. Daneben rechts reflektorische Lichtstarre, links minimale Reaktion. Die Symptome sind häufigem und plötzlichem Wechsel unterworfen. In psychischer Beziehung geordnet, hält sich sauber, ohne auffallende Stimmungsschwankungen. Urteilsfähigkeit, Gedächtnis und Merkfähigkeit schwanken gleichfalls stark.

Vortr. erörtert die Differentialdiagnose zwischen Gehirnarteriosklerose und Paralyse und würdigt das Symptom der reflektorischen Pupillenstarre im vorliegenden Falle eingehender.

Diskussion: Herr F. Schultze-Bonn stimmt dem Vortr. darin bei, daß die vorgestellten Fälle verschiedene Besonderheiten darboten und weist gleichzeitig auf einen Fall hin, in dem jahrelang das ausgeprägte Bild einer Paralyse mit Größenideen und körperlichen Lähmungserscheinungen bestand, der aber später auf psychischem Gebiete heilte, während auf somatischem eine Tabes zurückblieb.

3. Herr H. Vogt-Frankfurt a. M.: Über den Aufbau der Hirnrinde. Die vergleichend-anatomischen Untersuchungen von Ariens Kappers über die Riechrinde haben gezeigt, daß der zellige Aufbau der Rinde nach einem ganz bestimmten Prinzip erfolgt. Vergleicht man denselben Kortex-Typ durch die Tierreihe aufsteigend, so läßt sich erkennen, daß entsprechend der höheren Leistungen, welche die betreffende Funktion uns darbietet, der Bau desselben mehr und mehr Elemente höherer Differenzierung aufweist. So konnte Ariens Kappers nachweisen, daß die Riechrinde der Amphibien granuläre Elemente enthält, bei den Reptilien zeigen sich Anfänge einer Differenzierung, indem polardifferenzierte Elemente höherer Art in den Vordergrund treten, später entwickelt sich dann mit der Entstehung von Fascia dentata und Ammonshorn ein komplizierter Kortextypus mit zahlreichen höheren Pyramidenzellen. Aehnlich haben die Untersuchungen von Mott, Watson und Bolton gezeigt, daß an der Sehrinde in der aufsteigenden Reihe der Tiere mehr und mehr die höheren, Pyramidenzellen enthaltenden Rindengebiete gegen die infrapyramidalen granulären Schichten in den Vordergrund treten.

Die kleinen Granula-Elemente sind die tieferstehenden Elemente, die mehr sensorischen, rezeptiven Funktionen dienen, während die polardifferenzierten Zellen, die zum Ursprung langer Bahnen werden, die auch fernliegende Hirnterritorien miteinander verbinden, den höheren assoziativ-psychischen Wert repräsentieren. Auch in der Ontogenese herrschen granuläre Elemente zuerst vor, sie werden später durch die höheren Formen abgelöst. Sind auch in der Rinde des Erwachsenen die einzelnen Kortexfelder in sehr verschiedener Kombination aus Pyramidenzellenschichten und einfacher gebauten Elementen zusammengesetzt, so macht sich doch phylogenetisch und ontogenetisch innerhalb einer Region das Prinzip eines Fortschrittes in der angedeuteten Weise geltend. Untersuchungen, die Herr Dr. Rondoni in der hirnpathologischen Abteilung des Senckenb. Neurol. Instituts an den Gehirnen von Idioten angestellt hat, haben in zahlreichen Fällen eine Entwicklungshemmung der Hirnrinde in der Weise dargetan, daß die Hirnrinde in der Ausbildung der höheren Kortexelemente (Pyramidenzellen und Pyramidenzellenschichten) im Rückstande bleibt bei gleichzeitigem relativen und selbst absoluten Überwiegen der Granula-Elemente.

4. Leitsätze zu dem Referate: Über das Greisenalter in psychologischer, psychopathologischer und forensischer Beziehung.

I. Herr Hübner-Bonn (psychologischer und psychopathologischer Teil):

1. Die psychischen Veränderungen, welche bei geistig gesunden Greisen gefunden werden, sind quantitative und qualitative.

2. Bei vergleichenden Untersuchungen mit zeitmessenden Apparaten (Ranschburg und Bálint) ergibt sich eine beträchtliche Verlangsamung der Assoziationstätigkeit.

3. Schon mit den gewöhnlichen klinischen Untersuchungsmethoden gelingt es, eine Beeinträchtigung der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses nachzuweisen.

4. Bei vergleichenden Assoziationsstudien, welche an sechs Frauen vorgenommen wurden, ergab sich insofern ein Unterschied zwischen den jungen und alten Frauen, als bei genauerer Differenzierung der „prädikativen" Assoziationen von den älteren Personen 17,7 %, von den jüngeren nur 6,2 % minderwertige Reaktionen geliefert worden waren.

5. Neben diesen, der psychologischen Untersuchung zugänglichen Änderungen der Verstandestätigkeit finden sich nicht selten auch solche des Gefühlslebens, die in erhöhter Reizbarkeit (Hoffmann), Mißtrauen, Rücksichtslosigkeit (Bresler, Hoche), Herrschsucht und Mangel an Altruismus bestehen (egozentrische Einengung des Gefühlslebens) (Ziehen).

6. Die aufgeführten Besonderheiten der Greisenpsyche trifft man bei den verschiedenen Individuen in sehr verschiedenem Alter an. Es gibt Menschen, die mit 75 Jahren und noch später davon frei geblieben sind (v. Hansemann, Levi, Bresler u. a.).

7. Die Psychosen des höheren Alters sind einzuteilen in:

a) Geistesstörungen, die auch in anderen Lebensperioden vorkommen, aber durch das Senium eine besondere Färbung erhalten haben,

b) senile Geistesstörungen im engeren Sinne.

8. Die sog. Involutionsmelancholie (Kraepelin) ist keine für das höhere Alter charakteristische Erkrankung, aber auch kein manisch-depressiver Mischzustand.

9. Die senilen Psychosen im engeren Sinne setzen sich zusammen aus

α) den arteriosklerotischen,

β) der Dementia senilis und

γ) den nach Alterserkrankungen anderer Organe (Herz, Nieren) auftretenden psychischen Störungen.

II. Herr Aschaffenburg - Cöln (forensischer Teil).

1. Die Kriminalität des hohen Alters trägt, abgesehen von der durch die natürlichen Verhältnisse (geringere körperliche Gewandtheit, Ausscheidung aus dem wirtschaftlichen Verkehr) bedingten größeren Seltenheit der meisten Verbrechen, keinen spezifischen Charakter.

2. Eine Ausnahme machen die Sittlichkeitsverbrechen, deren Zahl nicht so erheblich wie die der anderen Delikte abnimmt.

3. Bei der Beurteilung dieser Erscheinung muß die Tatsache mit berücksichtigt werden, daß die Potenz in hohem Alter fast stets völlig erloschen ist.

4. Die klinische Erfahrung lehrt, daß die meisten Sittlichkeitsverbrechen in hohem Alter von solchen Personen begangen werden, die bereits in mehr oder weniger hohem Grade verblödet sind.

5. Dadurch ergibt sich die Forderung, daß jeder Sittlichkeitsverbrecher in höherem Alter psychiatrisch begutachtet werden müsse.

6. Eine generelle Milderung aller von Greisen begangenen Verbrechen führt meist dazu, den Zustand nicht weiter zu prüfen. Dadurch könnten so hohe Grade seniler Demenz, daß der § 51 Anwendung finden müßte, übersehen werden; und andererseits wird dabei nicht ausreichend berücksichtigt, daß nicht in jedem einzelnen Falle die Zahl der Jahre als ein Beweis erheblichen Rückgangs der geistigen Kräfte angesehen werden kann.

7. Eine besondere Bestimmung, durch die prinzipiell dem Greisenalter eine Strafmilderung zusteht, wie das in einigen Gesetzbüchern vorgesehen ist, erscheint deshalb unzweckmäßig.

— **Valisan, ein neues Sedativum.** Von Dr. Maeder. Die chemische Fabrik auf Aktien (vorm. E. Schering) in Berlin hat ein Präparat dargestellt, welches aus einer Verbindung des Broms mit dem Bornyval besteht. Diese Verbindung — das Valisan — enthält 25,2 % Brom neben 48,3 % Borneol und 26,5 % Isovaleriansäure. (Bornyval ist bekanntlich Isovaleriansäureborneolester. Borneol und Isovaleriansäure sind die wirksamen Bestandteile der Valeriana.) Dieses Valisan hat sich auf der inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses Charlottenburg-Westend (Prof. Dr. Grawitz) seit fast einem Jahre bei Kranken mit allgemein nervösen Beschwerden als ein brauchbares Sedativum bewährt.

„Die vielfachen Klagen und Beschwerden solcher Kranken, wie geistige und körperliche Abspannung, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen etc., wurden nach Verabreichung von Valisan in kürzerer oder längerer Zeit in fast allen Fällen entschieden behoben, so daß man dem Mittel einen wenn auch nicht hypnotischen, so doch im allgemeinen in hohem Maße beruhigenden Einfluß zuschreiben muß. Abgesehen von dem Bromgehalt, hat das Valisan noch den wesentlichen Vorzug, viel besser zu schmecken und zu riechen als Bornyval und andere Baldrianpräparate. Das Medikament zeichnet sich durch einen sehr milden Geschmack aus und riecht nur schwach und angenehm aromatisch und wurde von den Patienten wegen seines besseren Geschmackes und seiner besseren Bekömmlichkeit dem Bornyval vorgezogen."

Das Valisan (als Gelatineperlen zu 0,25 g Inhalt) wird selbst in großen Dosen (10 g Einzeldosis) gut vertragen, wie der Tierversuch erwiesen hat.

(Therapeutische Monatshefte 1908, Oktober.)

Personalnachrichten.

— **Strassburg i. E.** Dem Prof. Dr. Wollenberg in Straßburg i. E. wurde der Rote Adlerorden IV. Klasse verliehen. Dem Privatdozenten der Psychiatrie Dr. Rosenfeld wurde der Titel Professor verliehen.

— **Johannisthal.** Dr. Stahl wurde als Arzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Johannisthal b. Süchteln angestellt.

— **Eickelborn.** Dr. Griese wurde von Osnabrück nach Eickelborn versetzt.

— **Rufach.** Dr. Siebert von Neustadt O.-Pr. ist nach Rufach (Elsaß) übergesiedelt.

— **Treptow a. R.** Dem San.-Rat Direktor Dr. Mercklin wurde der Rote Adlerorden IV. Klasse verliehen.

Ein wohlberatener Freund.

Fünfzehn Jahre sind verflossen, seitdem der erste Band der fünften Auflage von **Meyers Großem Konversations-Lexikon** erschien — Ende 1893: und schon liegt wieder die neue, sechste, vollständig umgearbeitete und vermehrte Auflage dieses Riesenwerkes vor, das nunmehr zwanzig Bände umfaßt.

Schon ein flüchtiger Blick läßt erkennen, daß der „Große Meyer“ *) in seiner sechsten Auflage wiederum auf der Höhe der Zeit steht und auch den weitgehendsten Anforderungen durchaus entspricht, und so in seiner großartigen Ausgestaltung und Ausstattung aufs neue der wohlberatene Freund, der unentbehrliche Hausschatz für jede Familie wie kein andres weltliches Buch werden wird; denn Konversations-Lexikon und Konversations-Lexikon ist zweierlei.

Ob das, was mir das erste beste Konversations-Lexikon auf meine Fragen antwortet, immer die beste und richtige Antwort ist, das kann nicht so ohne weiteres bejaht werden.

„Wähle dir nicht jedermann zum Freunde“, lautet schon eine altheidnische Lebensregel; „hast du aber einen solchen gefunden, so halte ihn mehr als Gold und Edelgestein.“

Ein solch edler Freund und getreuer Berater, der seine Leser nach jeder Beziehung auf das beste belehren und nach Inhalt und Ausstattung auf das vollständigste befriedigen kann, ist „Meyers Großes Konversations-Lexikon“, das man nicht mit Unrecht den „Alleswisser“ genannt hat.

Stößt man auf irgendein ungewöhnliches Wort in der Zeitung, in einem Buche, das man eben zur Unterhaltung oder Belehrung liest; wird von einer Erfindung, einem unbekannten Land und Ort, von einem Mann oder einem Ereignis aus der Geschichte, von Dingen aus der Natur wissenschaftlich gesprochen; will man wissen, was es mit diesem oder jenem Kunstwerk, mit einem Menschen oder einer Schrift auf sich habe: in allen Fällen wird der „Große Meyer“ zu Hilfe kommen, so oft im Gedächtnis oder im Wissen irgendeine Lücke sich fühlen läßt.

Wer kennt nicht das Wort „Atlas“ und denkt dabei wohl immer nur an ein Buch mit einer Anzahl von Karten aus der Erdbeschreibung?

Der „Große Meyer“ ist auch so ein Atlas, aber er ersetzt nicht nur den die Erde beschreibenden Atlas, er ist auch ein Atlas der Pflanzen, der Tiere zu Land und zu Wasser, der Maschinen, der Physik und Chemie, der berühmtesten Bildsäulen und Bauwerke der Völker aller Zeiten, kurz, ein Atlas, der aufklärt über alles, was jemals Menschengeist erdacht und Menschenhand gemacht hat. Der Vater mit seinen Kindern, der Mann in der Stadt wie auf dem Lande, der Student wie der Studierte, sie finden immer Neues darin zur Belehrung und Unterhaltung wie in einem schier unerschöpflichen Schatzkasten, der obendrein zum leichten Auffinden alles fein säuberlich nach dem A-B-C in Reih und Glied geordnet hat.

Vielseitigkeit ist ja das Charakteristische jedes enzyklopädischen Werkes; aber damit eine Gründlichkeit und bis in die neueste Gegenwart reichende Genauigkeit in allen Fragen zu verbinden, ist eine schwere Aufgabe, zumal wenn es sich um Materien handelt, die fast täglich neue Ueberraschungen bringen und Gelehrte und Praktiker in Atem halten, um dem gewonnenen Wissen in lichter Weise die neuen Errungenschaften anzupassen und damit den Anforderungen des praktischen Lebens gerecht werden zu können.

Dieser schweren Aufgabe hat sich der „Große Meyer“ in seiner neuen, sechsten Auflage, worin die anerkannten Vorzüge dieses Werkes ersichtlich zum weitern Ausbau gelangen, wiederum in mehr als meisterhafter Weise entledigt; sie bedeutet einen wesentlichen Fortschritt auf enzyklopädischem Gebiet.

Schon an den im Titel angegebenen Zahlen läßt sich die Bedeutung dieses einzigartigen Unternehmens ermessen, welches das gesamte Wissen unsrer Zeit in mehr als 150000 Artikeln und Verweisungen zusammenfaßt, also in eine Ziffer, von der sich nach menschlichem Ermessen erwarten läßt, daß sie vollständig ist. Diese Art der Schätzung ist ja äußerlicher Natur, sie hält aber auch stand, wenn wir uns mit dem Inhalt des Werkes selbst befassen.

Modern im besten Sinne, hat dasselbe alle neuen Errungenschaften der Wissenschaften, der Forschung und der Technik berücksichtigt. Den weitverzweigten Gebieten des heutigen Realwissens ist eine ganz besondere Sorgfalt zugewandt. Die Form der Darstellung ist ebenso knapp wie faßlich und übersichtlich. Kein überflüssiges Wort, aber in jedem Worte die peinlichste Genauigkeit. Daten und Ziffern sind bis in die jüngsten Tage fortgeführt. Auch die größern und bedeutendern Artikel überraschen durch ihre Kürze, zeigen aber bei dem nähern Zuschauen, daß alles Wesentliche berührt und die knappe Form geradezu ein Kunstwerk ist, so daß hier jedermann ohne Ausnahme, dem Offizier, Kaufmann, Fabrikanten, Handwerker, Beamten, Geistlichen, Gelehrten, Künstler, Schriftsteller, Lehrer und wem sonst immer in selbständiger oder abhängiger Stellung, ein Werk geboten wird, das den riesenhaften Fortschritten und den täglich sich steigernden Anforderungen der Zeit in bester Weise zu entsprechen vermag, und dieses um so mehr, als überall eine nüchterne, klare, wissenschaftliche Objektivität herrscht, auch in den Artikeln, welche das religiöse Gebiet betreffen oder streifen.

Für solche, welche tiefer in ein Sondergebiet eindringen wollen, als mit den Zielen einer Enzyklopädie vereinbar ist, werden sorgfältig ausgewählte Literaturnachweise aufgeführt, die man bei andern derartigen Unternehmungen vergeblich sucht. In der Regel wird man sich jedoch mit den Auskünften des Lexikons begnügen können, die um so belehrender und eingehender sind, als ein musterhafter Illustrationsapparat die zum Verständnis notwendige Anschaulichkeit vermittelt.

Mit einer Reichhaltigkeit ohnegleichen ist das Werk ausgestattet; sind es doch mehr als 16800 Abbildungen, Karten und Pläne, die teils im Texte, teils auf über 1500 Illustrationstafeln erscheinen, worunter etwa 180 künstlerisch vollendete Farbendrucktafeln und 340 Kartenbeilagen besonders hervorzuheben sind. Außerdem sind auf etwa 160 Texttafeln noch besondere Erläuterungen zu den Abbildungen, Namenregister zu den Karten und Plänen, statistische Uebersichten usw. gegeben.

Die Illustrationen, namentlich die prächtigen Vollbilder und Tafeln in Schwarz- und Farbendruck stehen auf der Höhe der heutigen Technik; es sind das wahre Kunstblätter, sie zählen zu den feinsten Druck-Erzeugnissen, die bisher geliefert wurden. Ein nicht minderes Lob gebührt den ausgezeichneten Karten. Und mit den innern Vorzügen dieses herrlichen Werkes, um das uns Deutsche andre Nationen mit Recht beneiden, steht die vornehme Gediegenheit der äußern Hülle im Einklang. In seinem Original-Einband bildet das Lexikon eine Zierde jeder Bibliothek. Der tadellose Druck auf holzfreiem, vor dem Vergilben geschütztem Papier und ein moderner Einband werden auch die verwöhntesten Anforderungen befriedigen und die Freude an diesem wirklich unentbehrlichen Hausschatz erhöhen.

Niemand wird die bis jetzt erschienenen Bände prüfen, ohne den Eindruck zu gewinnen, daß hier nicht ein rasch auf Lager gearbeitetes, zusammengeschriebenes Opus vorliegt, sondern ein Werk, das auf gründlichem Studium, auf gewissenhafter Arbeit beruht und von der Redaktion sowohl und den Mitarbeitern, zu denen in gleicher Weise Männer der Wissenschaft wie des praktischen Lebens zählen, als auch vom Verlag mit aller nur möglichen Sorgfalt und Hingebung ausgestaltet und ausgestattet wurde.

So liegt denn „Meyers Großes Konversations-Lexikon“ in einer mehr als gewöhnlichen Vollkommenheit aufs neue vollständig vor; nicht bloß als ein Denkmal der Gelehrsamkeit, des Fleißes und der Gründlichkeit, sondern auch als eine der köstlichsten Früchte, die eine freudige Hingabe und eine rastlose Ausdauer deutscher Männer gezeitigt haben. Darum wird es auch ohne Zweifel in all den Kreisen, wo noch lebendiger Wissensdurst und der Drang nach höherer Erkenntnis die Geister erhebt und die Herzen erfüllt, die Aufnahme finden, die „ein wohlberatener Freund“ vollauf verdient.

Paul Scherer, München.

*) Meyers Großes Konversations-Lexikon. Ein Nachschlagewerk des allgemeinen Wissens. Sechste, gänzlich neubearbeitete und vermehrte Auflage. Mehr als 150000 Artikel und Verweisungen auf über 18593 Seiten Text mit mehr als 16800 Abbildungen, Karten und Plänen im Text und auf über 1500 Illustrationstafeln (darunter etwa 180 Farbendrucktafeln und 340 selbständige Kartenbeilagen) sowie 160 Textbeilagen. 20 Bände in Halbleder gebunden zu je 10 M. (Verlag des Bibliographischen Instituts in Leipzig und Wien.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 37. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

Herausgegeben von

Prof. Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Direktor Dr. **Beyer**, Roderbirken bei Leichlingen. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Oberarzt Dr. **Deiters**, Grafenberg. Staatsinspektor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Oberarzt Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin). Med.-Rat Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden). Hofrat Dr. **Friedländer**, Hohemark. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Berlin. Direktor Dr. **Herting**, Galkhausen (Rheinland). Oberarzt Dr. **Ilberg**, Großschweidnitz (Sachsen). Direktor Dr. **Kluge**, Potsdam. Med.-Rat Dr. **Kreuser**, Winnenthal (Württemberg). Direktor Dr. **Lehmann**, Lindenhof. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Gand (Belgien). Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Wien. Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Direktor Dr. **Vocke**, Eglfing bei München. Prof. Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Hamburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Preisausschreiben.

Der Verein schweiz. Irrenärzte hat beschlossen, auf dem W... eines Wettbewerbs eine Arbeit einzuholen, welche das Wirken **des Wartpersonals in der Irrenanstalt** zum Gegenstande ... Die Arbeit müßte derart abgefaßt sein, daß sie sich zur Verbre... in den weitesten Volksschichten eignete und dazu angetan wäre, ... Interesse für die behandelte Frage zu wecken und dem erwä... Berufe neue Kräfte zuzuführen.

Für die beste Arbeit wird ein Preis bis auf 200 Fr. ausge... Durch die Prämiierung geht die Arbeit in den Besitz des Vereins ...

Bewerber wollen ihre Arbeit in üblicher Weise unter ei... Motto und mit verschlossener Adresse bis spätestens 15. Mai 1... einsenden an den

Vereinspräsidenten Direktor Dr. Jörger
in Waldhaus/Chur.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 828.

Nr. 37. 5. Dezember. **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Der Fall Lubecki.

Von Dr. *v. Kunowski*, Oberarzt in Leubus.

Am 25. November 1907 brachte die „Zeit am Montag" einen Aufsatz unter dem Titel: „Moderne Irrenhausfolter", dessen Inhalt folgende Zitate wiedergeben.

„Seit zwei Jahren wirbelt das Irrenhausdrama des angesehenen Beuthener Fabrikbesitzers und Stadtverordneten Emanuel Lubecki viel Staub auf. Es handelt sich hier geradezu um ein Schulbeispiel dafür, wie noch im 20. Jahrhundert im aufgeklärten Deutschland hochangesehene Leute, die vermögend sind, aber Feinde haben, durch ein Komplott ihrer Widersacher ins Irrenhaus gesperrt und dort widerrechtlich lange Zeit festgehalten werden können."

„L., ein sehr arbeitsamer, tatkräftiger und von Natur etwas temperamentvoller Mann, lebt seit einiger Zeit mit seiner Familie in Unfrieden. Der eigene Bruder ist ihm aus vermögensrechtlichen und andern Gründen feindlich gesinnt. Die Familienzwistigkeiten spitzen sich zum Konflikt zu, als L. immer mehr zu der Ansicht neigen muß, daß seine um 13 Jahre jüngere Ehefrau die Hand im Spiele hat, ihm die Treue bricht und ihn auf gute Manier, aber mit sicherer Wirkung los sein will."

„Wie kam nun L. ins Irrenhaus? Das Komplott beschaffte sich in aller Stille ein Amtsattest, wonach L. an „eifersüchtigen Wahnideen" litt und deshalb anstaltspflegebedürftig war. Man wirkte planmäßig auf ihn ein, zur Stärkung seines durch geschäftliche Sorgen angegriffenen Gesundheitszustandes eine „Erholungsanstalt" aufzusuchen. Durch den unablässigen Familienärger und durch geschäftliche Fehlschläge etwas weniger vorsichtig, als es sonst seine Gewohnheit ist, geht er auf den Leim und merkt zu spät, nachdem sich der Schlüssel hinter ihm im Schloß gedreht hat, daß er sich nicht in einer „Erholungsanstalt" befindet, sondern in der Provinzial-Irren- und Pflegeanstalt Leubus. Der ausgeheckte Plan ist voll geglückt, das Komplott triumphiert."

„L. besteht, nachdem er die Art seiner „Erholung" als eine Gefangenschaft erkannt hat, mit allem Nachdruck auf sofortiger Entlassung." „Es beginnt für L. eine schwere Leidenszeit. Von außen wird mit einem haarsträubenden Lügengewebe daran gearbeitet, den in die Falle gegangenen Mann immer fester an das Irrenhaus zu ketten. Der moderne Irrenarzt glaubt ja leider der Verwandtschaft alles, was sie ihm über den Internierten vorschwindelt. Der Kranke ist immer im Nachteil."

„Jeder, auch der kleinste Widerspruch, jede abweichende Meinung wird ihm als Krankheit ausgelegt, und sobald er sich, selbst in der höflichsten Form, die Bemerkung erlaubt, daß man ihn ohne Berechtigung festhält, kommt er zur Strafe ins Wasserbad, ein in Leubus ganz besonders beliebtes Zwangsmittel. Während eines Zeitraumes von fünf Monaten wird diese entsetzliche Tortur an L. nur einen einzigen Tag ausgesetzt. Meist muß er, um kirre zu werden, drei bis fünf Stunden hintereinander im Wasser zubringen, einmal sogar volle 13 Stunden!"

„Am 2. Oktober 1905 inspiziert der Landeshauptmann der Provinz Schlesien, von Richthofen, die Anstalt. L. hatte den Wunsch geäußert, mit dem Landeshauptmann über seine Angelegenheiten zu sprechen, was ihm, da er nach dem eigenen Urteil der Aerzte willens- und dispositionsfähig war, nicht streitig gemacht werden konnte. Zur Antwort wird er am Morgen des Inspizierungstages ohne Kleidung in einen verschlossenen abgelegenen Raum gesteckt, bis der Landeshauptmann die Anstalt wieder verlassen hat! Der gewünschte Anschluß an den katholischen Seelsorger der Anstalt wird L. auf das strengste untersagt. Als L. diese Verbindung doch anstrebt, kommt er natürlich wieder ins Wasserbad. Es ist auffallend, daß kurze Zeit darauf der Seelsorger, der für L. einen Briefwechsel vermittelt hat, die Anstaltsstellung aufgeben muß."

„Am zweiten Tage nach der Aufnahme reißt die Ehefrau die Pflegschaft für den Mann an sich. L. wird, entgegen der gesetzlichen Bestimmung (§ 1910 B. G. B.) gar nicht zur Sache gefragt. Erst durch Zufall erfährt er, daß die Pflegschaft erschlichen ist. Ebenfalls bald nach der Aufnahme wird ihm von den Aerzten der Rat der Entmündigung gegeben, den L. entrüstet zurückweist. Zur Strafe sofort wieder ein langdauerndes Wasserbad."

„Die Befreiung L.s gelingt schließlich durch eine List. Er versteht es, Verbindung mit einem ihm günstig gesinnten Bruder zu erlangen. Zu spät merkt die Anstalt, daß sie selbst in eine Falle gegangen ist, und daß sie einem seiner Gesinnung nach ihr nicht genau bekannten Familienmitgliede den Zutritt gestattet hat. Dieser zweite Bruder erkennt den Schwindel, tritt sehr energisch auf und droht mit der Staatsanwaltschaft. Sofort lenkt die Anstalt ein. Sie erklärt, daß „sie an dem Patienten ja gar kein Interesse habe, da er wieder gesund sei", und nach acht Tagen ist L. nach qualvollsten Leiden endlich wieder ein freier Mann."

„Nach der Befreiung aus der Anstalt Leubus betreibt L. mit der ihm eigenen Zähigkeit seine Rehabilitierung. Stück für Stück entwirrt er das Lügengewebe und stellt fest, daß er einem Komplott zum Opfer fiel. Er begibt sich zur eigenen ferneren Sicherheit in die Beobachtung einer ärztlichen Autorität und läßt sich attestieren, daß er geistig vollständig gesund ist, insbesondere niemals paralytisch war, wie ihn die Leubuser Aerzte verdächtigt hatten. Er widerlegt mit weiteren amtlichen Attesten die frühere Annahme, daß er durch übermäßiges Trinken geisteskrank geworden sein könne, da er nach amtlicher Erklärung niemals ein Trinker war. L. weist nach, daß der Arzt Dr. P., auf dessen Rat hin er namentlich im Irrenhause festgehalten wurde, bereits selbst in einer rheinischen Irrenanstalt als Morphinist untergebracht war. Er beweist zur Evidenz, daß sein Verdacht der Untreue gegen seine Ehefrau begründet war. Aerztliche Autoritäten erklären, daß die begründete Eifersucht, die von allen Argumenten für die Internierung schließlich überhaupt noch übrig bleibt, niemals allein die Internierung rechtfertigen konnte, bei der Aufnahme also mindestens eine starke Unvorsichtigkeit obgewaltet hat. Inzwischen hat das Komplott einen neuen Internierungsversuch unternommen, der aber an L.s Wachsamkeit kläglich scheitert. Hieraus entspinnt sich ein Strafprozeß, in dem L. sogar gerichtsseitig als nicht geisteskrank erklärt wird."

„L. läßt nun zur Sache und mit sachlichen Darlegungen

eine Beschwerde nach der andern los. Er geht an die höchsten Gerichtsbehörden, bis hinauf zum Minister, überall ohne Erfolg. Man ist offenbar halb vom geschehenen Unrecht überzeugt, will aber, um einen großen öffentlichen Skandal zu vermeiden, von einer widerrechtlichen Internierung nichts wissen."

„Kein Vernünftiger, kein rechtlich Denkender kann sich gegenüber dem unwiderlegbaren, zum großen Teil beeideten Material L.s der Einsicht verschließen, daß hier ein Akt brutalster Vergewaltigung stattgefunden hat. Nur die Gerichte stellen sich in den neu entstehenden Prozessen, die zu einem Rattenkönig auszuwachsen drohen, noch immer auf einen ihm ungünstigen Standpunkt, weil sie über die Autorität der Irrenärzte nicht hinweg können. Neuerdings hat L. zur Wahrnehmung seiner Interessen den Reichstagsabgeordneten Justizrat Dr. Porsch gewonnen, der Veranlassung nehmen dürfte, die beschämende Angelegenheit, die einen äußerst intelligenten Mann um Hab und Gut, um Ruhe und Ehre gebracht hat, bei der nächsten sich bietenden Gelegenheit im Plenum des Reichstages zu erörtern. Hat doch der „Fall Lubecki" durch vor Gericht beeidete Aussage desjenigen Arztes, welcher 17 Jahre lang bei L. Hausarzt war, eine überraschende Wendung genommen. Dieser Arzt (eben Dr. P.), der sich früher durch Gerüchte unvorsichtigerweise beeinflussen ließ, erklärte jetzt auf das allerbestimmteste, daß an L. niemals irgendwelche Spuren einer geistigen Erkrankung zu bemerken gewesen seien! Damit wird klipp und klar bewiesen, daß die Irrenärzte sich durch falsche Aussagen von Zeugen, aber auch durch ihre spezialwissenschaftlichen Eigenansichten in der gröblichsten Weise haben täuschen lassen, und demnach L. fünf volle Monate zu Unrecht die Folter des modernen Irrenhauses erduldet hat."

„Der Stadtverordnete E. L. aus Beuthen O.-S. könnte dem Justizminister nützliche Aufklärung geben über das Bestehen wahrhaft grauenvoller Zustände auf dem Gebiete deutscher Rechtspflege. Die Irrengesetzgebung des deutschen Reiches ist ein einziger großer Mißstand, und die irrenrechtliche Praxis hat sich längst schon zu einer Gefahr ausgewachsen für die körperliche und geistige Wohlfahrt der Staatsbürger. Es ist geradezu haarsträubend, was im Jahrhundert der Aufklärung auf diesem unheimlichen Gebiete bei uns noch immer möglich ist."

„Die Gewissenlosigkeit verbrecherischer Individuen kann daher, im Bunde mit der Leichtfertigkeit pflichtvergessener Mediziner und mit dem Schlendrian stupider Bureaukraten, ohne jede Furcht vor Entdeckung und Strafe Akte brutalster Willkür sich zu schulden kommen lassen."

Der Direktor der Anstalt Leubus, Geheimrat Dr. Alter, beantragte daraufhin beim Landeshauptmann die Einleitung einer Disziplinaruntersuchung gegen sich. Diese wurde abgelehnt, dagegen erhob der Landeshauptmann gegen den Redakteur der „Zeit am Montag", Schneidt, Klage wegen öffentlicher Verleumdung und Beleidigung von Provinzialbeamten. Die Verhandlungen fanden am 6. und 7., 10. und 11. November d. Js. vor dem Landgericht I in Berlin statt und boten auf Grund eidlicher Zeugenaussagen folgendes Bild der Sachlage.

Lubecki war von jeher eine äußerst erregbare, impulsive Natur von eigenartig mystischer Geistesrichtung, abergläubisch selbst in Geschäften, ehrgeizig, mißtrauisch und eifersüchtig. Schon vor vielen Jahren nannte er seinen Bruder Paul gelegentlich den eigentlichen Vater seiner Kinder, was damals als schlechter Scherz aufgefaßt wurde. Etwa zehn bis zwölf Jahre vor Ausbruch der Krankheit hegte er längere Zeit hindurch eine eben so heftige, wie grundlose Eifersucht gegen seinen Hausarzt, Dr. Przybylski. In den letzten Jahren vor der Aufnahme in die Anstalt fing er an seine gutgehende Möbelfabrik zu vernachlässigen, verlor viel Geld in Bohrungen, gab schließlich die Möbeltischlerei auf und errichtete eine Zigarrenkistenfabrik großen Stils, obwohl er nichts davon verstand. Einige Monate vor der Aufnahme in die Anstalt steigerten sich seine geschäftlichen Schwierigkeiten durch den russisch-japanischen Krieg und die polnische Revolution. Er verlor immer mehr den Kopf, wurde reizbar und unstet und machte in der Fabrik fortwährend Krach. Schließlich saß er den ganzen Tag in einer Kulmbacher Bierstube und kümmerte sich gar nicht mehr um das Geschäft. Zugleich entwickelte er immer umfassendere Eifersuchtsideen. Er beschuldigte nacheinander den Geschäftsführer Dieterichs, den Bruder Paul, den Schwager Albrecht, den im Hause wohnenden Sanitätsrat Dr. Locke, alle andern männlichen Hausbewohner und Nachbarn, kurz alle, die mit seiner Frau überhaupt in irgendeine Berührung kamen, des Ehebruchs, er nannte seine Frau eine Straßendirne, eine Hure, beschimpfte und mißhandelte sie vor Dienstboten und Kindern, und das alles, nach eidlicher Aussage aller Beteiligten, ohne die geringste tatsächliche Veranlassung. Gleichzeitig steigerte sich seine Sexualität außerordentlich. Er stellte an seine Frau ganz exorbitante und dazu perverse Forderungen, onanierte in ihrer Gegenwart und verkehrte obendrein geschlechtlich mit dem Dienstmädchen. Schließlich nahm seine krankhafte Erregung einen gefährlichen Charakter an. L. schlief nicht mehr, aß nur noch ganz unregelmäßig, weil er das Essen für vergiftet hielt, bewegte sich Tag und Nacht ruhelos in den Zimmern umher, warf sich auf die Erde, rutschte auf den Knieen herum, klammerte sich an Möbel an, beschwor unter Ausbrüchen der Verzweifelung seine Frau, ihre Schuld einzugestehen, betete laut für sich zu Mond und Sternen. Seine Wutanfälle wurden immer heftiger, die Mißhandlungen der Frau immer blutiger und bedrohlicher. Im Hause war kein Pfennig Geld zum Leben, in der Fabrik kein Holz zum Verarbeiten, der Geschäftsführer war Knall und Fall entlassen worden, die Frau befand sich in ratloser Verzweifelung und unverkennbarer Lebensgefahr, da endlich trat auf ihre Veranlassung ein Familienrat zusammen. Der Bruder, Kaufmann Paul L., und der Schwager, Rittergutsbesitzer Albrecht, sprangen hilfreich ein. Sie bewogen L., freiwillig die Pensionsanstalt in Leubus aufzusuchen, streckten, wie schon öfter bei geschäftlichen Verlegenheiten L.s, größere Kapitalien vor, um die Fabrik zu retten, und nötigten die Ehefrau, trotz ihrer Einwendungen, den entlassenen Geschäftsführer wieder anzunehmen.

Die Aufnahme des L. in die Pensionsanstalt Leubus erfolgte am 7. September 1905 in völlig legaler Weise. Der begleitende Schwager Albrecht stellte den Aufnahmeantrag unter Beibringung der polizeilichen Genehmigung und eines vom Kreisarzt, Medizinalrat Dr. La Roche, ausgestellten ärztlichen Zeugnisses, das die Notwendigkeit zur Unterbringung in eine geschlossene Anstalt begründete. Zugleich wurde die Genehmigung der Ehefrau, als der zur Stellung des Aufnahmeantrages in erster Linie Berechtigten, glaubhaft nachgewiesen; das Reglement der Pensionsanstalt sieht diesen Fall ausdrücklich vor. Der schriftliche Antrag der Ehefrau wurde aber auch noch

nachgeholt und die Aufnahme dann vom Landeshauptmann genehmigt.

L. selbst war mit der Aufnahme einverstanden und zeigte Krankheitsbewußtsein. Über Name und Art der Anstalt war er völlig orientiert, wie sich der aufnehmende Oberarzt ausdrücklich vergewisserte. Dies ist seit Jahren seine Gewohnheit, nachdem er wiederholt gut gemeinte, aber übel angebrachte Täuschungsversuche der Begleiter erlebt hat. Bezüglich der Leubuser Anstalt sind sie allerdings nur durch Verschweigen des Ortsnamens möglich; denn Leubus ist in Schlesien jedermann bekannt und im Volksmunde sprichwörtlich. Es ist für den Schlesier, was Dalldorf für den Berliner ist.

Ebenso wie die Geisteskrankheit L.s vor seiner Einlieferung für jeden einsichtigen Laien erkennbar war, äußerte sie sich auch in der Anstalt auf drastische Weise. Vor allem zeigte L starke und plötzliche Stimmungsschwankungen, von tiefer Depression bis zu flotter Euphorie. In der Depression warf er sich schluchzend auf die Erde, rutschte auf Knieen im Zimmer herum, nannte seine Frau einen Engel, reiner als die Jungfrau Maria, die treffliche Mutter seiner heißgeliebten Kinder, sich selbst einen Schuft, nicht wert ihr die Schuhriemen zu lösen, zieh sich selbst der rohesten Mißhandlungen, erklärte sich für unheilbar geisteskrank und für völlig bankrott. In der Euphorie sah er alles in rosigstem Licht, erklärte alles für Hirngespinste, sein Hedeken, sein Püppchen werde ihm alles verzeihen, sein Geschäft werde einen großen Aufschwung nehmen, 200 000 M. sei es schon wert. Dazu schmiedete er allerhand großartige geschäftliche Pläne, schwatzte, lachte und sang mit andern Patienten. Die Stimmungsextreme traten plötzlich auf und lösten sich manchmal am selben Tage ab. Mit ihnen gingen entsprechende exzessive Blutdruckschwankungen einher, die der Kurve ein sehr steiles Aussehen verliehen.

Im allgemeinen stand aber im Vordergrunde des Krankheitsbildes eine weinerliche Ruhelosigkeit und räsonnierende Gereiztheit. In dieser äußerte er in buntem Durcheinander und in endloser Wiederholung Beschwerden über seine Internierung, Beteuerungen seiner völligen Gesundheit, Eifersuchtsideen, Klagen über seinen geschäftlichen Ruin usw. Durch Zuspruch war er für kurze Zeit zu beruhigen, dann kehrte er in einsichtsloser Weise immer wieder zum Ausgangspunkt zurück. Er ging von Zimmer zu Zimmer und klagte den andern Kranken sein Leid, weihte die ihm völlig fremden Menschen in die intimsten Details seines ehelichen Lebens ein, ließ sich so und so oft am Tage von ihnen beruhigen, um so und so oft wieder dasselbe vorzubringen. Die besonneneren Patienten baten den Arzt bald, ihnen diesen offenbar schwergestörten Herrn fern zu halten.

L. wiederholte im besonderen seine Beschuldigungen gegen die Ehefrau. Er warf ihr sträflichen Umgang mit jeder männlichen Person der Verwandtschaft, Bekanntschaft, Nachbarschaft vor und schilderte sie als die reinste Straßendirne. Als Beweis für seine weitgehenden Behauptungen vermochte er aber nur folgendes anzugeben: seine Frau habe sich, wenn sie zum Hausarzt ging, jedesmal reine Wäsche angezogen, sie habe dem Geschäftsführer einmal einen merkwürdigen Blick zugeworfen, und schließlich, als sie einmal das Haus verließ, sei fünf Minuten darauf einer der Verdächtigen vorbeigekommen und habe die gleiche Richtung nach der Stadt eingeschlagen. Auf das Mißverhältnis zwischen Anschuldigung und Beweis aufmerksam gemacht, wurde L. wütend, er lese den Leuten die Schuld vom Gesichte ab und wenn der Arzt ihm nicht glauben wolle, sei er eben befangen oder mit im Komplott. In solchen Augenblicken konnte L. drohend werden. Zeitweise warf er sich auch auf die Erde und jammerte, wenn seine Frau nur ihre Schuld eingestehen wolle, dann wäre ja alles gut. Er würde nicht weiter danach fragen, nur das Leugnen versetze ihn in Wut. Zugleich räumte er ein, den ehelichen Verkehr trotz der Verfehlungen seiner Frau nicht eingestellt zu haben. Er habe im Gegenteil versucht, durch gesteigerten Geschlechtsverkehr „ihr den Teufel auszutreiben".

Die Anstaltsärzte ließen selbstverständlich die Möglichkeit nicht außer acht, daß den Eifersuchtsideen ein berechtigter Kern zugrunde liegen könne, räumten dies vielmehr dem Kranken gegenüber wiederholt ein. Die Form, in der sich die Eifersuchtsideen äußerten, mußte aber unter allen Umständen als krankhaft angesprochen werden. Sie ist gekennzeichnet durch die Maßlosigkeit der Anschuldigungen, die Dürftigkeit der Beweise, die zeitweilige völlige Negierung und das unvermittelte Wiederauftauchen. Vor allem aber blieben die Eifersuchtsideen nicht die einzigen Beeinträchtigungsideen, sondern es gesellten sich andere hinzu. Sie wurden aber im Gegensatz zu jenen nur hier und da vorübergehend und zum Teil nur andeutungsweise geäußert. So nannte L. gelegentlich den Zusammentritt seiner Verwandten ein Komplott, das ihn dauernd in der Anstalt festhalten und nach jeder Richtung hin ruinieren wolle. Sein Bruder Paul sei ihm, trotz all seiner scheinbaren Freundlichkeiten und Geldunterstützungen, von jeher feindlich gesinnt gewesen. Er habe ihn wegen seiner geschäftlichen Erfolge, wegen seines Ansehens in der Stadt, wegen seiner Wahl zum Stadtverordneten beneidet. All dies werde ihm jetzt durch nächtliche Eingebungen immer klarer. L. fühlte sich sodann in der Anstalt von allen Seiten beobachtet, er spürte die Horcher an der Wand, hörte über sich sprechen und verdächtigte Ärzte und Pfleger als zum Komplott gehörig. Er wurde es einmal rechtzeitig gewahr, wie der Direktor ihn in einem anscheinend harmlosen Gespräch zu einer Majestätsbeleidigung verleiten wollte. Er erkannte ihm verordnete Pillen als „Erregungspillen". Beide Beobachtungen deutete er in dem Sinne, daß Gründe zu weiterer Internierung künstlich beschafft werden sollten. All diese Äußerungen verteilten sich auf einen Anstaltsaufenthalt von reichlich $4^1/_2$ Monat und zeigten sich damals in keiner Weise fixiert, sondern als Ausflüsse momentanen Mißtrauens. In Zeiten gehobener Stimmung erklärte L., daß er alles zu Unrecht auf sich bezogen und ganz harmlose Dinge falsch gedeutet habe.

Für die Diagnose imponierte das Krankheitsbild

zunächst als ein Stimmungsirresein, mit einem starken Einschlag von Beeinträchtigungsideen, unter denen Eifersuchtsideen ganz im Vordergrunde standen. Nun fanden sich aber neben den psychischen Symptomen anfänglich eine Reihe körperlicher: differente Pupillen von vielleicht nicht ganz prompter Reaktion, tickartige Zuckungen der Gesichtsmuskeln, Zittern der Hände, gesteigerte Patellarreflexe, leicht häsitierende Sprache, Auslassungen bei den ersten Schriftproben. Nimmt man hierzu die vorausgegangenen gewagten geschäftlichen Unternehmungen, dann die geschilderten tiefen Stimmungsschwankungen, weinerliche Kollapse, gesteigerte Sexualität, Eifersuchtsideen, Vernachlässigung der Kleidung und Körperpflege, so konnte der Verdacht auf beginnende Paralyse oder eventuell auf alkoholistische Pseudoparalyse, ohne sich eines schweren Kunstfehlers schuldig zu machen, nicht übergangen werden. Im weitern Verlauf stellten sich dann aber die körperlichen Erscheinungen als vorübergehend, als nicht hinreichend charakteristisch oder als anderweitig begründet heraus. Ferner wurde es wahrscheinlich, daß die Eifersuchtsideen in der Tat bis zu einem gewissen Grade schon viele Jahre bestanden, während der Alkoholmißbrauch nur eine kurze Zeit währte. Endlich blieben Merkfähigkeit und Intelligenz anscheinend intakt. Als dann gar L. in besonneneren Zeiten mit dem Gedanken liebäugelte, seine Geisteskrankheit zur Lösung eingegangener unbequemer geschäftlicher Verpflichtungen auszunutzen, und dem behandelnden Arzt für ein entsprechendes Attest größere Geldsummen anbot, konnte an Paralyse nicht mehr gut gedacht werden.

Die Diagnose ging nun dahin, daß es sich um eine von Haus aus psychopathische, impulsive, reizbare, zu Mißtrauen und Eifersucht neigende Persönlichkeit handele, bei der eine akute Affektpsychose, vielleicht infolge psychischen Traumas: geschäftlicher Fehlschläge oder auch ehelicher Zerwürfnisse, ausgebrochen sei. Diese Diagnose im Verein mit den eigentümlichen äußern Verhältnissen: geschäftlichen Schwierigkeiten, Pflegschaft der Ehefrau, gegen die sich gerade die Eifersuchtsideen richteten, Meinungsverschiedenheit unter den Brüdern des Patienten, legte der Anstaltsleitung möglichst frühzeitige Entlassung nahe, zu der nur eben das Schwinden offenkundiger Gemeingefährlichkeit abgewartet werden sollte. Deshalb wurde schon nach zwei Monaten, als die Erregung abzuklingen begann, die Übersiedelung in ein offenes Sanatorium vereinbart. Ehe jedoch der festgesetzte Entlassungstag, der 25. November 1905, herankam, war wieder ein schwerer Rückschlag unter Vorwiegen melancholischer Verstimmung eingetreten, und der Patient hatte sich selbst zu längerem Verweilen in der Anstalt verstanden. Nach erneutem Nachlaß der Krankheitserscheinungen konnte dann nach weiteren zwei Monaten am 30. Januar 1906 tatsächlich zur Entlassung geschritten werden. Beidemal setzte die Ehefrau den Vorschlägen der Anstalt nicht den geringsten Widerstand entgegen, und die Entlassung erfolgte auch ohne jede Pression von anderer Seite her. Ein anderer Bruder des Patienten, namens Seraphim, kam nach Leubus auf den ausdrücklichen Wunsch der Anstaltsleitung, die über den früheren Geisteszustand des L. noch von anderer Seite Aufschluß zu erlangen wünschte. Die für eine so heftige Psychose immerhin frühe Entlassung rechtfertigte diese Vorsicht durchaus. Dieser Bruder erklärte, daß der Patient immer aufgeregt gewesen sei und sein jetziger Zustand dem gewöhnlichen gliche. Die Anstaltsärzte waren sich aber trotzdem ganz klar darüber, daß Heilung nicht eingetreten sei, und ließen auch die Möglichkeit, daß die bisher vereinzelt aufgetretenen Beeinträchtigungsideen eventuell zu einer fortschreitenden Wahnbildung führen könnten, keineswegs außer acht. Die bloße Möglichkeit konnte aber nach Lage der äußern Verhältnisse die Entlassung nicht länger aufhalten.

In Wahrheit hat es sich hinterher gezeigt, daß L.s Gemeingefährlichkeit doch unterschätzt worden war. Nur kurze Zeit verhielt er sich freundlich gegen seine Frau, dann ging er wieder in der frühern Weise gegen sie vor. Er beschimpfte sie, spie sie an und mißhandelte sie dermaßen, daß sie sich in einem Teil der Wohnung abschließen mußte. In diesen drang er eines Tages gewaltsam ein unter der Drohung, ihr die Augen auszustechen, indem er die Tür mit den Fäusten einschlug. Glücklicherweise fand er sie nicht zu Hause. An seinem Bruder Paul suchte er sich durch ein sehr ernsthaft gemeintes unsittliches Attentat auf seine Nichte zu rächen. Am 16. Mai 1906 hörte er von einer Erkrankung seines Neffen und erklärte sie für Gottes Strafe, weil sein Bruder seine Frau verhurt habe. Da sich seiner eine furchtbare Erregung bemächtigte, ging sein Bruder zu ihm, um ihn zu beruhigen. Er glaubte nichts von ihm befürchten zu müssen, da er ihm Tags zuvor mit 20000 M. beigesprungen war. Kaum hatte er aber das Zimmer betreten, so fuhr ihm der Kranke an die Kehle, schlug ihn nieder und versuchte, unter dem Rufe: „Du hast meine Frau verhurt!" ihm die Augen einzudrücken. Die Hausbewohner und der zugezogene Arzt legten nun der Frau L. nahe, ihren Mann wieder der Anstalt zu übergeben, ehe ein Unglück passiert sei, sie lehnte es aber ab und klagte auf Scheidung. Der Bruder zog sich zurück und das Geschäft brach zusammen.

Seitdem lebt L. seiner „Rehabilitierung". Alles, was der Schneidtsche Aufsatz hierüber schreibt, könnte unverändert als klassisches Beispiel einer Krankengeschichte in die Lehrbücher der Psychiatrie aufgenommen werden. L. erweist sich danach als Typus des „persécuteur persécuté", wie man ihn schöner kaum finden kann. Alle in der Anstalt geäußerten Beeinträchtigungsideen werden fixiert, zu einem System vereinigt und durch neue bereichert. Das Komplott hat zuerst die Ärzte bestochen, jetzt trachtet es ihm nach dem Leben. Das sagt L. zu den eigenen Kindern. Der Bruder Paul ist am 16. Mai 1906 nicht zu seiner Beruhigung zu ihm gekommen, sondern um ihn zu erregen, seine Gemeingefährlichkeit zu erweisen und so die Möglichkeit neuer Internierung zu gewinnen. „Der Versuch scheitert an seiner Wachsamkeit", er dreht den Spieß um und klagt gegen den Bruder wegen angeblichen

Überfalles. Mit der Klage abgewiesen, erklärt er das ganze Gericht für befangen, weil die Richter angeblich sich auch von seinem ihm des Ehebruchs verdächtigen Hausarzt Dr. Przybylski behandeln lassen. Er denunziert weiterhin seinen Bruder und dessen Frau wegen angeblichen Verbrechens gegen das keimende Leben, weil er, wie er selbst vor Gericht erklärt, diesen seinen größten Feind unbedingt unschädlich machen mußte. Er fühlt sich immer mehr als Märtyrer, als eine Person von größtem öffentlichen Interesse, deshalb geht er von Gericht zu Gericht, durch alle Instanzen bis an das Ministerium und schließlich an die Presse. Dabei fehlt es ihm ganz an weiteren Perspektiven, nur das Persönliche interessiert ihn. Vor dem Landgericht Berlin entrollt er in mehrstündiger Rede seine Schicksale bis in die kleinsten Einzelheiten. Er spricht in einem Fluß, in bestimmter Reihenfolge, von der er nicht abweichen kann, ohne in Verwirrung zu geraten. Er spricht mit großer Selbstgefälligkeit und merkt es nicht, daß seine eigene schmutzige Wäsche gewaschen wird. Als einziger unter den unmittelbar Beteiligten findet er die Verhandlungen dieses traurigen Prozesses „furchtbar interessant". Überschätzungsideen gucken an allen Ecken und Enden hervor. Er hat seine Entlassung aus der Anstalt nur einer List zu verdanken. Er findet es selbstverständlich, daß sein Bruder bei dem tätlichen Rencontre den Kürzeren zog, fühlt er sich ihm doch an Kräften weit überlegen. Die Tür zu dem Zimmer seiner Ehefrau einzuschlagen war ihm eine Kleinigkeit. Er als Möbeltischler besorgte das Herausschlagen der Türfüllung gewissermaßen kunstgerecht. Mit sichtbarem Stolz äußert er, daß es bei dem Prozeß um 400000 M. ginge. So hoch bewertet er inzwischen das angeblich durch seine Internierung zusammengebrochene Geschäft, und der Nachweis der Widerrechtlichkeit dieser Internierung soll die Grundlage für eine Entschädigungsklage abgeben. Auch von dem Neid seines Bruders auf seine Erfolge und angesehene Stellung spricht er wieder.

Der mehrjährige Kampf um sein vermeintliches Recht hat auf seine ganze Auffassung früherer Erlebnisse umgestaltend eingewirkt, im besonderen für die Zeit seines Anstaltsaufenthaltes. Seine Schilderungen hierüber sind nichts als eine große Erinnerungsfälschung. Verdrehungen harmloser Vorgänge bis zur Verkehrung in das Gegenteil und grobe Mißdeutungen vereinen sich mit freier Konfabulation. Aus der bloßen Beobachtung einer leichten Gangstörung konstruiert er die Äußerung: „Sie haben ein kurzes Bein, folglich (!) sind Sie geisteskrank." Während er selbst einmal gefragt hatte, ob er die geschäftliche Ausnutzung seiner Geisteskrankheit durch Entmündigung sicherstellen könne, legt er sie jetzt dem Arzt als Rat in den Mund. Den Geistlichen hat er so und so oft besuchen dürfen, Differenzen sind daraus nicht entstanden, und mit dem Wechsel des Geistlichen hat die Anstalt nichts zu schaffen, da er kein Anstaltsbeamter ist. Die ganz unglaublich schroffen Äußerungen der Ärzte und Pfleger sind frei erfunden. L. hat sich während seines Anstaltsaufenthaltes über alles mögliche, aber niemals über schlechte Behandlung beklagt. Er ist in Wahrheit mit größter Freundlichkeit behandelt und seiner schwierigen Lage ist ein warmes Interesse entgegengebracht worden. Die Ärzte haben ihm eine Unsumme von Zeit und Arbeit gewidmet und seiner weinerlichen Klagesucht gegenüber, mit der er der Schrecken aller andern Insassen war, eine wahre Lammsgeduld bewiesen. Das Pflegepersonal der Leubuser Pensionsanstalt ist fast durchweg von ausgesuchter Güte und Zuverlässigkeit. Die Pfleger sind fast durchweg langgediente verheiratete Beamte und es kommt schon auf zwei bis drei Kranke einer von ihnen. Sie haben entsprechend dem in Leubus herrschenden Prinzip auf diesen Kranken nicht den geringsten Zwang ausgeübt. L. ist bis auf wenige Tage schwerster Erregung überhaupt nicht mit eigentlichen Dauerbädern, sondern nur mit milden Kurbädern von durchschnittlich etwa dreistündiger Dauer auf den Tag behandelt worden. Er hat sich dagegen nie ernstlich gesträubt, die Bäder im Gegenteil zeitweise gelobt und ist auch gelegentlich im Bade sehr vergnügt gewesen. Vom ärztlichen Standpunkte aus kann ja bei den Bädern von einer Tortur überhaupt nicht die Rede sein, die Laienwelt aber hat es vergessen, daß noch vor hundert Jahren die Kurgäste der schlesischen Bäder, z. B. in Landeck, die doppelte und dreifache Zeit zu ihrem reinen Vergnügen im Bade verweilten. Nach unsern Erfahrungen gewöhnen sich fast alle Kranken leicht an das Bad und empfinden es mit der Zeit als Wohltat. Die wenigen, die sich dauernd darüber aufregen, tun dies auf Grund eines Kausalitätsbedürfnisses. Für ihre innerlich bedingte Erregung suchen sie eine äußere Ursache, und hört man auf zu baden, dann haben sie alsbald eine andere gefunden. Ein Badeekzem hat L. nie gehabt, das ist bei der Konstruktion der Leubuser Wannen ausgeschlossen.

Ganz besonders sei noch erwähnt, daß die Bäder nie als Strafmittel gedient haben und von L. auch während seines Anstaltsaufenthaltes nie als solche empfunden worden sind. Schon der Umstand, daß er täglich zu bestimmten Zeiten badete, hätte den Redakteur erkennen lassen müssen, daß zu Strafbädern gar kein Raum war. Im übrigen widerstreitet es durchaus dem Prinzip der Anstalt, wie jeder andern in modernem Geiste geleiteten. Es wurde bei L., wie in allen andern ähnlichen Fällen, im Gegenteil auch der Schein der Strafe möglichst vermieden. Es wurde das Bad von Anfang an nicht gerade im Augenblick der Erregung verordnet, sondern dazu ein Nachlaß abgewartet, wo man den Heilplan in Ruhe mit dem Patienten besprechen konnte. Es wurde dann regelmäßig gebadet, gleichgültig ob gerade Erregung bestand oder nicht. Bei schwerster Erregung wurde die Badebehandlung gelegentlich durch Medikamente vorbereitet usw.

Der hier geschilderte Tatbestand wurde in den Verhandlungen in allen Einzelheiten zeugeneidlich erwiesen und, soweit er den Anstaltsaufenthalt betraf, aus den Akten belegt. Die Sachlage war am Schluß der Beweisaufnahme so sonnenklar, daß der Vorsitzende „unter dem überwältigenden Eindruck der

Verhandlungen" an den Angeklagten die Aufforderung richtete, ob er nun nicht, da sich sämtliche Behauptungen als unhaltbar erwiesen hätten, um Entschuldigung bitten wolle. Er lehnte das Ansinnen für dieses Prozeßstadium noch ab. Darauf gaben die Sachverständigen, Geheimrat Moeli und die Medizinalräte Leppmann und Hoffmann, ihre Gutachten dahin ab: 1. L. war zur Zeit der Aufnahme in die Anstalt geisteskrank. 2. Er war zugleich gemeingefährlich und mußte in der Anstalt festgehalten werden. 3. Er ist dort durchaus sachgemäß behandelt worden. 4. Er ist gegenwärtig noch geisteskrank und nicht eidesfähig.

Redakteur Schneidt bot nun der Provinzialverwaltung eine Ehrenerklärung für ihre Ärzte an, die aber von dem Vertreter des Landeshauptmanns abgelehnt wurde. Darauf erfolgte Schneidts Verurteilung zu sechs Wochen Gefängnis.

Wer das Vorstehende gelesen hat, wird sich wundern, wie über einen so klaren Fall ein solcher Brandartikel überhaupt möglich war. Denn man mag über die Tendenz der „Zeit am Montag" denken, wie man will, so wird man dem Redakteur doch zutrauen dürfen, daß er für eine von vornherein aussichtslose Sache schwerlich so eingetreten wäre. Weiterhin muß es wundernehmen, daß dieser Prozeß volle vier Tage dauern konnte. Den Sachverständigen wenigstens mußte der Fall schon nach dem ersten Auftreten L.s so durchsichtig erscheinen, daß sie auf eine kürzere Verhandlungsdauer rechnen durften. In Wahrheit wurden aber die Verhandlungen zunächst in einem Sinne geführt, daß sich der Angeklagte und sein Verteidiger der Freisprechung sicher fühlten. Erst als am Ende des zweiten Verhandlungstages und am dritten die Anstaltsärzte zu Worte kamen und neben ihnen die beiden wichtigsten Zeugen, der Bruder und der Schwager L.s, gewann der ganze Gerichtshof offensichtlich eine andere Auffassung und dementsprechend vollzog auch die Presse eine Schwenkung.

Die Erklärung liegt in einer dreifachen Komplikation des Falles. In erster Linie hatte Frau L., während ihr Mann in der Anstalt war, im Gegensatz zu ihrem frühern einwandfreien Verhalten, sich in der Tat einige Verfehlungen zu schulden kommen lassen, indem sie sich nunmehr in eine Liebelei mit ihrem Geschäftsführer einließ. Wenn diese auch, wie eidlich festgestellt wurde, über Küsse und Umarmungen nicht hinausging, so genügte das doch, sie schwer zu verdächtigen, die Möglichkeit früherer Verfehlungen nahe zu legen und ihr Zeugnis nach jeder Richtung hin herabzusetzen. Die bekannte suggestive Wirkung falscher Bezichtigungen, der Einfluß der erlittenen Mißhandlungen und der gemeinsamen Anstrengungen zur Rettung des Geschäfts wurden nicht zu ihren Gunsten in Erwägung gezogen. Der Verdacht der Unglaubwürdigkeit lastete so sehr auf der Zeugin, daß sie an den ersten Verhandlungstagen trotz langer Vernehmungen gar nicht recht zu Worte kam und zum Schluß der Beweisaufnahme über die wichtigsten Vorkommnisse noch einmal vernommen werden mußte. L. selbst glaubte, mit den nachträglichen Verfehlungen seiner Frau seine früheren Eifersuchtsideen motiviert und damit zugleich den Beweis erbracht zu haben, daß er überhaupt nie geistesgestört gewesen sei. Für Schneidt genügte dies Material, um den Anstaltsärzten Leichtfertigkeit und Leichtgläubigkeit gegenüber den Angaben der Verwandten vorzuwerfen, und damit traf er in Wahrheit die Meinung der großen Masse. Denn diese hat keine Ahnung davon, daß die Angaben der Verwandten und ebenso das Aufnahmeattest für den gewissenhaften Anstaltsarzt nichts als eine vorläufige Orientierung abgeben, die alsbald durch ein auf eigene Beobachtung gestütztes Urteil ersetzt werden muß.

Ein zweites komplizierendes Moment lag im „Falle L." darin, daß es L. auf hier nicht näher zu erörternde Weise durch List gelungen war, sich in den Besitz der über ihn geführten Anstaltsakten zu setzen. Aus ihnen hatte er entnommen, daß in der ersten Zeit seines Aufenthalts einige wenige Briefe, darunter je einer an die Staatsanwaltschaft und an einen Rechtsanwalt, sowie ein Telegramm an den Landeshauptmann nicht befördert worden waren. Daraus wurde auf Rechtsbeschränkung geschlossen. In Wahrheit sendet die Anstalt Briefe eher im Übermaß fort und hält sie nur zurück, wenn die Willensmeinung des Kranken selbst noch schwankt oder wenn sie sich aus bestimmten Gründen erübrigen, z. B. durch die baldige Entlassung. Im vorliegenden Fall widerrief L. seine Schreiben selbst sofort, weil er durch seinen Einspruch gegen die Internierung sich die geschäftliche Ausnutzung seiner Krankheit zu verderben fürchtete. Medizinalrat Leppmann betonte im übrigen, angesichts der dem Gericht vorliegenden Fülle von Briefen, welche L. aus der Anstalt abgeschickt hatte, daß zu seiner Assistentenzeit in Leubus die Patienten auch hinsichtlich des Briefverkehrs viel mehr gegen die Außenwelt abgeschlossen worden wären und daß er dies für therapeutisch besser hielte. — Die Allgemeinheit scheint sie jetzt in der Tat aus Objekten der Krankenpflege immer mehr zu solchen der Rechtspflege machen zu wollen.

Das Telegramm an den Landeshauptmann war nicht abgegangen, weil er einige Tage darauf zum Besuch in Leubus erwartet wurde. Die für diese Gelegenheit von L. erbetene persönliche Rücksprache wurde keineswegs von den Ärzten verhindert. L. wurde vielmehr auf die dem Landeshauptmann vorzulegende Liste gesetzt, aber von diesem zufällig nicht besucht, wie dies auch gelegentlich andern Kranken widerfuhr. Bei der Frische der Erkrankung und ihrer Unverkennbarkeit hatte niemand gerade auf L.s Unterredung Gewicht gelegt, und ihr Ausfall blieb daher unbemerkt. Selbstverständlich war L. während der Anwesenheit des Landeshauptmanns auch nicht nackt in eine entlegene Zelle gesperrt worden, sondern lag, wie aktenmäßig nachzuweisen, schon seit drei Tagen auf der Überwachungsstation, weil er kurz nacheinander zwei Fluchtversuche ge-

macht hatte. Zellen oder sonstige abgelegene Räume besitzt die Pensionsanstalt überhaupt nicht.

Schließlich haben die mißbräuchlichen Benutzer der Akten sich aus der beigehefteten Krankengeschichte von dem Bestehen einer Geisteskrankheit nicht überzeugen können. Das lag aber nur daran, daß sie sie nicht zu lesen verstanden; denn sie enthielt in Wahrheit alle wesentlichen der oben geschilderten Krankheitserscheinungen, allerdings in knappen technischen Ausdrücken.

Die dritte Komplikation bewirkten eine Reihe von ärztlichen Gutachten, die nach der Entlassung L.s abgegeben wurden. Zunächst stellte ihm Dr. Blumenreich in Sohrau schon etwa acht Tage nach der Entlassung ein Zeugnis aus, in dem er bescheinigte, daß er Symptome von Geisteskrankheit an ihm nicht mehr habe finden können und ihn für geschäftsfähig erachte. Daraufhin wurde alsbald die Pflegschaft über ihn wieder aufgehoben. Der Aussteller des Attestes hielt eine vorherige Rückfrage bei der Anstalt nicht für nötig, obwohl L. nur als „gebessert" entlassen worden war.

Weiterhin bekundete Dr. Przybylski in Beuthen O.-S. in einem der Prozesse L.s, daß er in seiner 17jährigen Tätigkeit als Hausarzt niemals Spuren von Geistesstörung an ihm wahrgenommen habe. Dies ist derselbe Arzt, gegen den L. 10 bis 12 Jahre zuvor einen heftigen Eifersuchtswahn gehegt hatte und dessen Konsultation vor der Aufnahme er ablehnte, weil er gewiß zu sein glaubte, daß er ihn in eine Anstalt stecken würde. Es ist ferner derselbe Arzt, der der Anstalt brieflich weiteres belastendes Material übermittelte und in einem zweiten Briefe zu der Zeit, wo die Anstalt das erste Mal die Entlassung erwog, sich dagegen aussprach. Im Prozeß hat er schließlich bezeugt, daß er damals nur die Angaben der Ehefrau weitergegeben habe.

In diesen beiden Fällen ist nur das eine bedauerlich, daß Ärzte überhaupt Gutachten über Fragen eines Spezialgebietes abgaben, in dem sie nicht hinreichend Bescheid wissen, und daß die Gerichte in Angelegenheiten von entscheidender Wichtigkeit sich mit solchen Gutachtern begnügten. Noch bedauerlicher sind aber die Atteste, die L. von psychiatrischen Autoritäten erhielt. Prof. Nissl in Heidelberg bescheinigte ihm im Herbst 1906 nach halbstündiger Untersuchung, daß er nicht an Paralyse litte, und Prof. Bonhoeffer in Breslau gab ihm nach einer Beobachtung von der Dauer einer Woche am 5. Februar 1907 ein Attest, in dem es folgendermaßen heißt: „Nach dem Beobachtungsergebnis kann es für ausgeschlossen gelten, daß Herr L. an progressiver Paralyse leidet oder gelitten hat. Die Untersuchung in psychischer und körperlicher Hinsicht hat dafür jeden Anhaltspunkt vermissen lassen. Aus den Zeugenaussagen, die mir Herr L. vorlegt, ergibt sich, daß das Verhalten seiner Frau ihn wohl zu Eifersuchtsideen veranlassen konnte. Wahrscheinlich liegt es so, daß gerade der Umstand, daß eine gewisse Berechtigung zu Eifersuchtsideen vorgelegen hat, eine krankhafte Steigerung des an sich lebhaften Temperaments des Herrn L. vorübergehend zur Folge gehabt hat. Was Herrn L. auf Grund meiner Beobachtung attestiert werden kann, ist folgendes: Progressive Paralyse liegt nicht vor. Die hypomanische Erregung, die nach der Krankengeschichte in Leubus bestanden hat, ist abgeklungen. Herr L. befindet sich in einer normalen Affektlage. An seiner Geschäftsfähigkeit zu zweifeln habe ich keine Veranlassung gefunden."

Soweit beide Gutachter nur die Paralyse verneinen, besagen ihre Atteste anscheinend nicht viel, da ja die Anstaltsärzte auch nur vorübergehend den Verdacht auf Paralyse hegten. In Wahrheit aber ist auch so schon mit den Attesten Mißbrauch getrieben worden, indem jenem Verdacht eine falsche Bedeutung beigelegt wurde. Ganz anders verhält es sich mit den weiteren Bekundungen des Bonhoefferschen Attestes. Wenn dieses den Krankheitszustand während des Anstaltsaufenthaltes eine hypomanische Erregung nennt, die wahrscheinlich in einer vorübergehenden krankhaften Steigerung an sich berechtigter Eifersuchtsideen bestand, so liest hieraus jeder Unbefangene einen Zweifel an der Erheblichkeit der überstandenen Geistesstörung heraus. Für die Zeit der Beobachtung wird L. ein offenkundiges Gesundheitsattest ausgestellt. Auch diese beiden Gutachter haben es unterlassen, in Leubus Erkundigungen einzuziehen und sich authentisches Material zu beschaffen. Wir Anstaltsärzte lehnen prinzipiell jedes der nicht selten an uns herantretenden Gesuche von Privatpersonen um Begutachtung ab und stellen ihnen anheim, durch das Gericht oder eine sonst in Frage kommende Behörde ein solches amtlich von uns einzufordern. Wir tun dies, weil wir uns als Beamte zu dieser Vorsicht und Zurückhaltung verpflichtet fühlen, die uns allein einen vollständigen Einblick in die Sache und in den Zweck des Gutachtens sichert. Dem Ansehen des ganzen ärztlichen Standes würde es nur förderlich sein, wenn alle Ärzte, zum mindesten in den nicht ganz durchsichtigen Fällen, sich das Prinzip der Anstaltsärzte zu eigen machten und sich in der Abgabe von Privatgutachten eine größere Zurückhaltung auferlegten.

Unter den komplizierenden Momenten, die den „Fall L." überhaupt ermöglichten, haben jedenfalls die ärztlichen Gutachten zweifellos eine erhebliche Rolle gespielt. Die nachträglichen öffentlichen Erklärungen Bonhoeffers in der Schles. Ztg., daß er ja L. zur Zeit des Anstaltsaufenthaltes gar nicht für gesund erklärt habe, sowie auch sein Aufsatz gegen die Vorurteile der öffentlichen Meinung verraten zwar eine gute Absicht, ändern aber am Geschehenen nichts. Es kommt bei diesen Gutachten viel weniger auf den speziellen Inhalt an, als darauf, daß einem geisteskranken Querulanten irgendetwas zugestanden worden ist. Die Ausnutzung der drei genannten Momente hat dem ganzen Fall L. eine gewisse Wahrscheinlichkeit auf den ersten Blick gegeben, die auch den Gerichtshof anfangs gefangen nahm und ihn veranlaßte, L. zu vereidigen und dem Angeklagten bis zu einem gewissen Grade den guten Glauben zuzugestehen.

Was der Prozeß unserm Irrenwesen im allgemeinen und dem schlesischen im besondern geschadet hat, ist kaum in vollem Umfange zu ermessen. Des Publikums, und nicht nur des ungebildeten, hat sich wieder ein starkes Mißtrauen gegen die Anstalten bemächtigt, das durch den Ausgang des Prozesses nur unwesentlich abgeschwächt worden ist. Ein schweres Mißgeschick bedeutet der Prozeß für die Leubuser Anstalt und ihren langjährigen Leiter, die Arbeit vieler Jahre ist durch ihn in Frage gestellt. Leubus hatte sich den Ruf wissenschaftlichen Fortschreitens und humanster Krankenbehandlung erworben. Aus seiner Schule hervorgegangen, befinden sich allein an schlesischen Anstalten nicht weniger als vier Direktoren, die hier ihre erste Ausbildung genossen und den Geist Leubuser Krankenpflege verbreiten halfen. Unter den ersten deutschen Irrenanstalten beseitigte Leubus die letzten Reste des früheren mechanischen Zwanges, schaffte schon vor 20 Jahren die Zelle ab und ersetzte sie durch die Ueberwachungsstationen, Bett- und Badebehandlung. Als vor etwa fünf Jahren die Irrenpflege in den Dauerbädern eine neue Bereicherung erfuhr, war es wieder Leubus, das dank der Munifizenz der Behörde in mustergültigen Einrichtungen vorangehen konnte. Nun müssen wir das verlorene Terrain Schritt für Schritt zurückerobern. Dazu wird die Aufklärung des Publikums die besten Dienste leisten, denn gerade das Geheimnisvolle der geschlossenen Anstalt gibt der irreleitenden Phantasie den größten Spielraum. Wie die Mauern unserer Anstalt für einen großen Teil der Kranken gar nicht mehr verschlossen sind, sondern ihnen freien Aus- und Eingang gewähren, so wünschen wir auch, daß das Publikum in größerer Ausdehnung Gelegenheit findet, hinter unsere Mauern zu schauen, um sich zu überzeugen, daß es da weder etwas „Unheimliches" noch etwas „Grauenvolles" zu verbergen gibt. Die von Schneidt als Retterin in der Not gepriesene Laienkommission haben wir zwar in gewissem Maße schon in unserer Verwaltungskommission, aber wir Ärzte hätten nicht das Geringste dagegen, wenn ihre Befugnisse erweitert würden und wir unsere nur allzu große und allzu undankbare Verantwortung bei der Aufnahme und der Entlassung von Kranken mit ihr teilen könnten. Haben erst mehr Laien Gelegenheit, wirkliche Einblicke in die Irrenpflege zu tun und am Wohl und Wehe der Kranken wirklichen Anteil zu nehmen, dann werden sich die vom Skandal lebenden, der Sache selbst aber in keiner Weise dienenden Zeitungen andere Gegenstände zur Verwertung aussuchen müssen und unsere Krankenpflege mit weiteren schweren Erschütterungen verschonen.

Ich habe den Fall hier so ausführlich geschildert, damit die Fachgenossen das ganze Material an der Hand haben, falls die Sache zu erneuten Angriffen auf die Irrenpflege und das geltende Irrenrecht ausgenutzt werden sollte. Die Zeitungsberichte waren durch Voreingenommenheit gefärbt und zu lückenkaft, um ein richtiges Bild zu bieten. Die Darstellung berücksichtigt absichtlich auch die nichtärztlichen Leser dieser Zeitschrift, doch habe ich mir die Besprechung einiger in den Verhandlungen zutage getretener schier unausrottbarer irriger Auffassungen in psychiatrischen Fragen für eine andere Gelegenheit verspart. Zur klinischen Beurteilung des Falles L. füge ich schließlich noch hinzu, daß mir der Krankheitsverlauf eine gute Bestätigung der Anschauungen Spechts*) über die Beziehungen des Querulantenwahns und der Paranoia zum manisch-depressiven Irresein abzugeben scheint.

*) Specht, Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Zentralbl. f. Nervenh. u. Psych., 1908, Nr. 273.

Das Bewahrungshaus.

Von Dr. *C. Wickel*, Oberarzt, Obrawalde b. Meseritz (Posen).

So wie die Verhältnisse zurzeit liegen, scheint mir in dem Bau von Bewahrungshäusern die beste Lösung der Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher gegeben. Es geschieht dabei nichts anderes als das, was wir auch sonst tun. Wir bauen Häuser, welche der Eigenart der Kranken entsprechen, die in ihnen untergebracht werden sollen. Es handelt sich hierbei, außer einigen Verrückten, ganz wesentlich um die psychopathisch Minderwertigen, die Degenerierten. Bei einem Teil dieser Kranken finden wir bekanntlich eine besondere Routine im Ausbrechen, im Überlisten der Pfleger, sie neigen zu Komplotten, zu Gewalttätigkeiten, zu Überfällen, zum Intrigieren und Hetzen, sie sind meist sehr reizbar und vielfach sexuell pervers.

Die Geisteskranken im engeren Sinne (Manie, Melancholie, Verwirrtheit usw.), sie mögen noch so viele Vorstrafen haben und noch so schwer zu behandeln sein, gehören nicht in das Bewahrungshaus. Sie sind, wie die anderen Kranken auch, in den Häusern unterzubringen, die ihr Zustand erfordert.

Auch die vorbenannten Kranken bedürfen der Sonderbehandlung in dem Bewahrungshaus nicht mehr, sobald ihr Zustand, etwa infolge von Altersschwäche, Lähmung, Erblindung, Verblödung u. dergl. ihnen ihre spezielle Gefährlichkeit nimmt.

Die Entscheidung darüber, welcher Kranke in das Bewahrungshaus gehört, kann also nur eine ärztliche sein.

Aus der erwähnten Eigenart der in Frage kom-

menden Kranken ergeben sich leicht die wesentlichen Eigenschaften, die ein Bewahrungshaus haben soll.

Das Bewahrungshaus muß aus- und einbruchsicher (Befreiungsversuche von außen) sein.

Durch Anlage mehrerer Abteilungen muß es Gelegenheit bieten zur Bildung kleiner, übersichtlicher Gruppen von zusammenpassenden Kranken (etwa 21).

Für jeden Kranken, zumal für die Nacht, muß ein festes Einzelzimmer vorgesehen sein.

Ein bis zwei kleine, von außen zu überwachende Wachsäle für vier Kranke sind für kürzere Erregungs- und Verstimmungszustände, besondere körperliche Erkrankung, nötig.

Für hinreichende Gelegenheit zur Beschäftigung muß durch Arbeitszimmer (Werkstätte) gesorgt werden.

Die Zahl der Kranken eines Hauses soll 40 bis 50 nicht übersteigen.

Die Pfleger müssen besonders ausgewählt, zuverlässig, geschult und kräftig sein. Ihr Verhältnis zur Zahl der Kranken ist 1:2 oder 1:3.

Bei dem Bau eines allen Anforderungen entsprechenden Bewahrungshauses ist mit einem Preis von etwa 200000 M. zu rechnen.

Nachdem die nötigen Erfahrungen für Bau, Einrichtung und Betrieb derartiger Häuser gesammelt sind, kann man sagen, daß sie sich bewähren. Ihre Zahl ist ja in stetem Wachsen. Die in letzter Zeit errichteten können als Muster gelten. Ich nenne Buch, Langenhorn, Neustadt i. H.

Die Zahl derjenigen Kranken, die für das Bewahrungshaus in Betracht kommen, ist verhältnismäßig klein.

Wenn es sich um vorwiegend ländliche Aufnahmebevölkerung handelt, kann ein Haus mit 40 bis 50 Plätzen für Jahre als ausreichend erachtet werden.

Das Bewahrungshaus wird einer der Anstalten der Provinz angegliedert. Sind zwei oder mehr solche Häuser nötig, so empfiehlt es sich, sie auf die Anstalten zu verteilen.

Die in der Anstalt verbrachte Zeit wäre auf die Strafzeit anzurechnen. Zum Teil geschieht es schon (Rixen, d. Wochenschrift, IX. Jahrg.). Als das geeignetste möchte ich es erachten, wenn der Staat die Fürsorge für die nach der Verurteilung oder während des Strafvollzugs geistig Erkrankten bis zur Beendigung der Strafzeit in eigenen Anstalten übernehmen würde, so daß sie erst nach abgelaufener Strafzeit in die Provinzial-Irrenanstalten kämen.

Mitteilungen.

— Zum **„Fall Lubecki“** sendet uns Prof. Dr. Bonhoeffer (Breslau) folgende Zuschrift:

Aus der Fassung der Preßberichte, die widerspruchsvoll sind, insofern sie einerseits als meine Aussage wiedergeben, Lubecki sei geistig durchaus normal, andererseits, die Geisteskrankheit sei in der Abnahme begriffen, könnte entnommen werden, als ob ich die Ansicht vertreten hätte, Herr Lubecki sei zur Zeit seiner Einlieferung in die Anstalt zu Leubus und während seiner Behandlung in der Anstalt geistesgesund und nicht anstaltsbedürftig gewesen.

Die in der Öffentlichkeit immer noch nicht ausgerottete Neigung zu Mißtrauen gegen die Behandlung von psychisch Kranken in Anstalten, wie die Rücksicht auf den geschätzten Leiter unserer schlesischen Anstalt zu Leubus macht es mir zur Pflicht, die Einheitlichkeit in der Beurteilung der Prozeßfrage zu betonen. Ich habe über das Bestehen einer Geisteskrankheit bei Herrn Lubecki zur Zeit seiner Anstaltsbehandlung wie bei seiner Einlieferung niemals Zweifel gehabt und das auch in meinem Gutachten zum Ausdruck gebracht. Leider kann ich das Konzept meines Gutachtens zurzeit nicht auffinden. Aber es liegt mir ein Brief des Herrn Lubecki, den er mir nach Erstattung des Gutachtens geschrieben hat, vor. Dieser gibt über den wesentlichen Punkt ausreichenden Aufschluß. Der Passus lautet: . . . . „Leider muß ich Ihnen mitteilen, daß das mir unter dem 6. Februar ausgestellte Gesundheitsattest mich in meinem Fortkommen deshalb hindert, als sich maßgebende Kreise an dem Satze stoßen: „Die hypomanische Erregung, die nach der Krankengeschichte bestanden hat, ist abgeklungen.“ Herr Justizrat H. legte mir das Mandat wahrscheinlich nur aus diesem Grunde nieder und sagt, daß die Schadenersatzklage keine Aussicht auf Erfolg haben könne, weil ich nicht ohne Grund im Irrenhause gehalten wurde. . . . Herr Professor erwähnen in einem anderen Satze, „daß eine krankhafte Steigerung meines an sich lebhaften Temperaments vorübergehend eingetreten ist“.“ Mein Gutachten verneinte lediglich die von Herrn Lubecki gestellte Frage, ob eine progressive Paralyse (Hirnerweichung) bei ihm vorliege, und beschäftigte sich lediglich mit der Frage der Geschäftsfähigkeit zur Zeit der Beobachtung im Anfang des Jahres 1907, nach meinen Notizen ein Jahr nach seiner Anstaltsentlassung.

Prof. Dr. Bonhoeffer.

— Schneidt, der Redakteur der „Zeit am Montag“ veröffentlicht in dieser Zeitung vom 30. XI. folgende Schilderung von der angeblichen Wirkung des **Lubecki-Prozesses**. Lediglich zur psychologischen und Wertbeurteilung des Anerbietens Schneidts, eine Ehrenerklärung für die Leubuser Ärzte abzu-

geben, sei diese Schilderung hier wörtlich reproduziert; ein weiterer Kommentar ist überflüssig.

„Der Irrenhausprozeß zieht noch immer seine Kreise. Täglich laufen bei der „Zeit am Montag" Briefe ein, denen sich entnehmen läßt, daß das Urteil der 7. Strafkammer vom Volksgewissen nicht gegengezeichnet wird, und daß die durch den Prozeß hervorgerufene Erregung andauernd eine sehr große ist. Und die Akten vollends, die mir übersandt werden, türmen sich zu wahren Bergen auf. Unter den Einsendern dieses reichhaltigen Urkundenmaterials mag gewiß auch mancher bedauernswerte Irre sich befinden, der, angelockt durch das große Aufsehen, das mein Prozeß erregte, in seiner seelischen Bedrängnis zu mir sich flüchtet, weil er sich der Täuschung hingibt, ich sei in der Lage, ihm Genugtuung zu verschaffen für vermeintlich erlittene Unbill. Weit größer aber, als die Zahl dieser Ärmsten, ist diejenige der tatsächlich Vergewaltigten, die zu Unrecht für geisteskrank erklärt und wider ihren Willen in eine Irrenanstalt gebracht wurden, wo man sie, trotz aller Proteste, mehr oder minder lange Zeit hindurch festhielt.

Unter den beklagenswerten Opfern eines „Rechtszustandes", bei dem vom Recht kaum noch die Rede sein kann, befinden sich viele hochgebildete Leute. Professoren, Schriftsteller, Offiziere, Geistliche, Ärzte, Rechtsanwälte, Notare, Referendare, Assessoren und Richter sogar haben mir ihre traurigen persönlichen Erlebnisse zur Kenntnisnahme unterbreitet, und zwar nicht damit ich mich ihrer Sache noch nachträglich annehme und publizistisch für sie eintrete, sondern lediglich, weil es sie drängte, mir einen Beweis herzlicher Sympathie zuteil werden zu lassen und weil sie es wohl auch für nötig hielten, mich durch aufmunternden Zuruf zum Ausharren, in dem Kampf anzuspornen, den ich auf dem Gebiete des Irrenwesens begonnen habe und von dessen großer Bedeutung sie auf Grund eigenen Erlebens überzeugt sind.

Allen diesen Leuten fühle ich mich zu aufrichtigem Danke verpflichtet. Zwar bedarf es ihres Zuspruchs nicht, um mich über ein forensisches Mißgeschick zu trösten, das mir allzu häufig schon zugestoßen ist, als daß es im Einzelfall noch einen besonderen Eindruck auf mich machen könnte — als Stimmungssymptome aber und als weitere Belege dafür, daß die Mängel unseres „Irrenrechts" gar oft gemeingefährliche Wirkungen im Gefolge haben, sind mir ihre Einsendungen außerordentlich wertvoll gewesen. . . .

Mit unsagbarem Staunen wird der Laie, dem die auf diesem Rechtsgebiet herrschenden Zustände nicht bekannt sind, vernehmen, daß sogar Richter und andere Juristen, sowie auch Ärzte schon oft genug unter diesen schlimmen Zuständen zu leiden hatten, daß auch sie so gut wie wehrlos waren, als sich interessierte Personen fanden, die über jenes Quantum Gewissenlosigkeit verfügten, das erforderlich war, um ihre Entmündigung und zwangsweise Internierung in einer Irrenanstalt zu betreiben. Wenn selbst solche Leute gegen Vergewaltigung nicht geschützt sind, wenn sogar ihre Gesetzeskenntnis, ihre soziale Stellung ihre gesellschaftlichen Beziehungen und die ihnen eigene hohe Intelligenz sich nicht als sicherer Schirm wider brutalste Vergewaltigung zu erweisen vermochten, welches Schutzes sollten dann wohl die Armen und Schwachen sich getrösten können, deren Schicksale sich in den Niederungen der Gesellschaft abspielen und um deren persönliches Wohlergehen sich häufig gar niemand kümmert? Die sind dann erst recht verraten und verkauft, wenn sie in die Fänge gewissenloser Psychiater und zwischen die harten Mühlsteine einer Gesetzgebung geraten, die sie schonungslos zermalmt. . . ."

— **Gießen.** Der **VII. Internationale Kongreß für Kriminalanthropologie,** mit dessen Organisation in Turin 1906 Prof. Sommer aus Gießen beauftragt wurde, wird 1910 in Cöln a. Rh. stattfinden, wo Prof. Aschaffenburg die Vorbereitungen übernommen hat. Die genauere Zeit wird mit Rücksicht auf die 1910 in Brüssel stattfindenden Versammlungen gewählt werden. Der erste dieser Kongresse wurde 1885 in Rom abgehalten, die weiteren in Paris, Brüssel, Genf, Amsterdam und Turin, und zwar unter starker Beteiligung von Delegierten vieler Länder Der Kongreß wird also 1910 zum ersten Male in Deutschland tagen.

— **Les Aliénés en liberté.** Les Annales médico-psychologiques ont recueilli durant l'année 1908, 96 cas d'aliénés en liberté publiés dans divers journaux. Ces aliénés avaient commis, les uns de simples excentricités, le plus grand nombre de véritables crimes: homicides, tentatives d'homicide, menaces de mort, incendies; enfin, les suicides, surtout les suicides précédés, d'homicides, fournissent un contingent des plus sérieux, ainsi que le montre le tableau statistique suivant:

Tentatives d'homicide, agressions violentes, menaces de mort	29
Homicides et suicides	23
Suicides et tentatives de suicide	19
Homicides	12
Excentricités	10
Incendies	3
Total	96.

Ainsi, sur 96 cas relevés, il y a eu 35 homicides — plus du tiers — dont 23 ont été suivis du suicide de l'aliéné, après l'accomplissement de l'acte meurtrier. Nous ne parlerons que pour mémoire des nombreuses tentatives d'homicide, des agressions violentes, etc. (au nombre de 29), ainsi que des trois incendies. Ce qui intéresse surtout, c'est le compte des victimes faites par ces 96 cas d'aliénés en liberté. D'après le relevé, fait avec soin, il y a eu:

Blessés grièvement	44
Tués	32
Morts par suicide	29
Total	105.

Ainsi, notre statistique donne 32 personnes tuées par des aliénés en liberté, 44 blessées grièvement, dont un grand nombre ont succombé ultérieurement; enfin, 29 aliénés se sont suicidés, dont un bon

ore après avoir tué, soit leur femme, soit leur , soit leurs enfants, soit d'autres personnes de entourage.

Comme tous les ans, nous avons enregistré plus cas où les malades ont fait plusieurs victimes; , un aliéné a tué quatre personnes, un autre cinq en ont tué deux.

La plupart de ces crimes ont été commis par aliénés qui depuis longtemps présentaient des les mentaux, et que la plus simple prudence t dû faire séquestrer sans attendre une explosion nte. Beaucoup avaient été déjà traités dans des ; quelques-uns venaient à peine d'en sortir ou e s'en étaient évadés. A. Ritti.

— 81. Generalversammlung des Psychiatrin Vereins der Rheinprovinz am 20. Juni 1908. uß.)

6. a) Kölpin-Andernach demonstriert einen Fall von iplen Papillomen des Gehirns (Adeno-Karzinome). allend waren die geringen Reaktionserscheinungen an die Geschwülste angrenzenden Gewebes.

b) Über den Bau der Konglomerattuberkel des rns.

Barbacci sieht die sogen. Konglomerattuberkel als mehrere anatomische Einheiten an, welche hängig voneinander entstehen und schließlich ander fließen, sondern als eine primär entstandene Einheit. K. hat mehrere Tuberkel untersucht konnte nur für die kleineren — also mit Wahrnlichkeit auch jüngeren — die Ansicht Barbaccis itigen. Die größeren ließen das Zusammenfließen mehreren kleineren Tumoren deutlich erkennen.

. Geller-Düren: Gedächtnisstörungen Degenerierten.

Geller berichtet über zwei Degenerierte, die esie für längere Zeiten — Wochen und Monate eigten. Beide Kranken waren intellektuell nicht wächt, aber von Jugend auf sittlich völlig stumpf. e waren schon als Kinder kriminell geworden in Zwangserziehung gekommen, wo sie sich als unerziehbar erwiesen. Sie hatten ihr ferneres n fast dauernd im Gefängnis oder Zuchthause bracht. Im Bewahrungshause zu Düren, wo beide längerer Zeit untergebracht sind, zeigen sie eine ose Reizbarkeit, große Selbstüberschätzung, unittelten Stimmungswechsel und ein mißtrauisches, tastisches Wesen.

Bei dem ersten Kranken finden sich zahlreiche ichtnislücken sowohl für weiter zurückliegende n als auch für die Zeit seines jetzigen Anstaltsrthaltes.

n den betreffenden Zeiten ließ sich aktenmäßig eine hochgradige Erregung nachweisen. Der e Kranke zeigte nur eine Gedächtnislücke für ere Zeit. Auch er befand sich zu der fraglichen zunächst in heftiger Erregung, die aber bald in Stupor überging. Wenn sich nur bei zwei ken Amnesie für längere Zeiten fand, so waren vielen Degenerierten kleinere Gedächtnislücken zuweisen.

Simulation ist in den geschilderten Fällen mit ter Wahrscheinlichkeit auszuschließen. Die beiden Kranken haben durchaus keinen Grund, Symptome von Geistesstörung vorzutäuschen. Besonders der erste Kranke betreibt mit allen Mitteln seine Rückführung in den Strafvollzug; das Bewahrungshaus, aus dem er keinen Ausweg sieht, ist ihm weit schlimmer als das Zuchthaus, das ihn zu genau bestimmter Zeit freigibt.

Ferner wurde die Amnesie erst bei genauer Analyse des Lebensganges gefunden. Vor allem aber sind in beiden Fällen die psychologischen Vorbedingungen gegeben, um das Zustandekommen von Gedächtnislücken zu erklären. Es handelt sich um zwei maßlos reizbare, äußerst labile Individuen. Dem Gedächtnis fehlen nur die Zeiten heftiger Erregung oder völliger Sperrung; hierbei findet sich aber eine grobe Aufmerksamkeitsstörung und eine hochgradige Einengung des Bewußtseins, bei der eine assoziative Angliederung der Erlebnisse ausgeschlossen oder doch sehr erschwert ist.

Sodann wird auf die Differentialdiagnose Hysterie eingegangen, die aber abgelehnt wird, weil alle körperlichen Stigmata fehlen

Endlich wird auf die forensische Bedeutung solcher Fälle hingewiesen.

Als Schlußsätze stellt Geller folgende Thesen auf:

Bei Degenerierten kommen nicht selten plötzlich einsetzende Bewußtseinstrübungen vor, ganz ähnlich wie bei der Hysterie, und zwar heftige motorische Erregungen und stuporartige Zustände. Als Ursache läßt sich stets ein psychisches Trauma nachweisen.

Die Dauer dieser Zustände beträgt meist nur kurze Zeit, zuweilen aber auch Wochen und Monate. Plötzlich wie der Beginn ist im allgemeinen auch die Lösung. Für die Zeit der Erregung wie des Stupors besteht teilweise oder völlige Amnesie.

Das degenerative Irresein in seiner ausgesprochenen Form muß als eine Geistesstörung im Sinne des Gesetzes angesehen werden. Autoreferat.

7. Witte-Grafenberg berichtet über Schädelkapazitätsbestimmungen nach Reichardt bei 101 Sektionen der Anstalt Grafenberg. Es handelte sich in 40 Fällen um Paralyse, 14 waren aus der Dementia praecox-, 4 aus der Man.-depr. und 8 aus der Gruppe der akuten Geistesstörungen (Dementia acuta, Amentia etc.). Ferner wurden untersucht drei Fälle von Epilepsie und 32 von Dementia senilis, Tumor cerebri und anderen organischen Erkrankungen des Gehirns. — Eine geringe Differenz zwischen Schädelkapazität und Hirngewicht (unter 10) fand sich fünfmal bei Paralytikern, welche im Anfall zugrunde gingen; bei zwei von ihnen war das Gehirnvolumen größer als das Schädelvolumen, den gleichen Befund zeigte ein Epileptiker, der in Konvulsionen gestorben war. In den acht Fällen von akuter Geistesstörung (zwei Männer und sechs Frauen von 21 bis 39 Jahren), welche bis dahin geistig stets gesund gewesen und akut unter stürmischen Erscheinungen, wie Unruhe, Bewußtseinstrübung erkrankt und, ohne daß Symptome einer organischen Erkrankung sich fanden, und bei denen auch durch die mikroskopische Untersuchung das Bestehen einer Paralyse oder einer anderen chronischen Erkrankung ausgeschlossen werden konnte, in kürzester Frist ad exitum gekommen waren,

fanden sich auffällig niedrige Werte, im Höchstfalle fünf, und zweimal negative Werte, so daß Hirnschwellung anzunehmen war, im Durchschnitt betrug die Differenz nur 2,5%. — Die Resultate der übrigen Messungen waren wechselnd und schwankend.

Wenn nun Reichardt gefunden hat, daß die Differenz zwischen den Zahlen von Schädelinnenraum und Hirngewicht bei gesunden Individuen des mittleren Alters, welche an interkurrenten, nicht zerebralen Affektionen zugrunde gehen, eine Konstante (10 bis 16%) ist, so würde sich aus diesen Befun[den] ergeben, daß bei akuten Reizzuständen das Gehirn [sich] im Zustand der Vergrößerung, der Schwellung [be]findet. Es wäre dies eine objektiv nachgewiesene Tatsache und eine Bestätigung früherer Ergebnisse Reichardts. — Die Messungsergebnisse an den übrigen chronischen Kranken seien wohl schwer zu deuten, solange nicht das Verhalten des Schädels und eventuelle Veränderungen seines Innenraumes bei dergleichen Affektionen genügend bekannt seien.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 38. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Die Stelle eines

Assistenzarztes

an der hiesigen Irrenanstalt ist **sofort** anderweit zu besetzen.

Anfangsgehalt 1500 M. steigend nach je 2 Jahren bis 2700 M. neben Emolumenten im Werte von 1500 M.

Meldungen sind zu richten an den Direktor Geb. Medizinal-Rat Dr. Sander.

Dalldorf b. Berlin, den 4. Dez. 1908.
Direktion der städtischen Irren-Anstalt.

An der **Vorarlberger Landesirrenanstalt Valduna bei Rankweil** gelangt am 1. März 1909 die Stelle eines zweiten

Assistenzarztes

provisorisch zur Besetzung. Mit derselben sind die Bezüge der IX. Rangsklasse der österr. Staatsbeamten mit dem Vorrückungsrechte in die VIII. verbunden. Bewerber haben ihre Gesuche an den Landesausschuß in Bregenz zu richten und selbe bis 15. 1. 09 bei der Anstaltsdirektion einzureichen.

An hiesiger Anstalt ist die Stelle einer

II. Oberpflegerin

zum 1. Januar 1909 zu besetzen. Anfangsgehalt 600 M. und freie Station II. Klasse. Die Anstellung erfolgt zunächst auf Probe. Gesunde, in der Irrenpflege bereits erfahrene Bewerberinnen wollen ihre Bewerbungen mit Zeugnissen, Lebenslauf und ev. Photographie einsenden an die Direktion der Herz. Landes-Heil- und Pflegeanstalt **Hildburghausen** (S.-Meiningen).

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 38. 12. Dezember. **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zu dem Artikel des Herrn von Kunowski „Der Fall Lubecki".

Von *K. Bonhoeffer*, Breslau.

In der letzten Nummer dieser Wochenschrift gibt von Kunowski eine Besprechung des Falles Lubecki, der durch seine Behandlung vor Gericht und in der Presse eine unerfreuliche sensationelle Aufbauschung erfahren hat. v. K. will durch die Publikation dem Fachgenossen eine selbständige Urteilsbildung ermöglichen und hat es dabei für erforderlich gehalten, auf mich und meine gutachtliche Tätigkeit einen Angriff zu machen, den ich aus persönlichen und sachlichen Gründen für bedauerlich halte, und den ich nicht unerwidert lassen kann.

v. K. macht mir zunächst den Vorwurf einer Unterlassung. Ich hätte versäumt, Erkundigungen in Leubus einzuziehen und mir authentisches Material zu verschaffen. Als authentisches Material für die Beurteilung des Geisteszustandes zur Zeit der Anstaltsbehandlung in Leubus konnten nur die Anstaltsakten mit der Krankengeschichte aus Leubus in Frage kommen. Diese brauchte ich mir nicht von dort auszubitten, da sie mir in beglaubigter Abschrift vorgelegt worden waren. Außerdem lagen mir vor die beeideten Aussagen des Zeugen Dietrichs nebst den damit übereinstimmenden gerichtlichen Aussagen der Ehefrau des L. in beglaubigter Abschrift. Auch die Konflikte, die L. nach seiner Entlassung mit seiner Frau und seinem Bruder gehabt hat, waren mir aktenmäßig bekannt.

Danach muß ich den Vorwurf, ohne genügende Unterlage geurteilt zu haben, entschieden zurückweisen. Soviel zur rein formalen Seite.

Was die sachliche Beurteilung selbst anbelangt, so kam ich auf Grund meiner Beobachtung, die mit der in der Krankengeschichte niedergelegten Darstellung in völliger Übereinstimmung stand, zu dem Ergebnis, daß eine Erregung von hypomanischem Charakter zur Zeit der Anstaltsbeobachtung bei L. bestanden hat. Die Frage der Geisteskrankheit und der Anstaltsbedürftigkeit zu jener Zeit gab mir daher gar keinen Anlaß, mich mit den Leubuser Kollegen noch einmal in Beziehung zu setzen.

Auch jetzt nachträglich kann ich diese Übereinstimmung nur wiederum betonen. Auch der v. Kunowskische Aufsatz bestätigt von neuem Übereinstimmung sowohl in diagnostischer wie in ätiologischer Beziehung. Der einzige unwesentliche Unterschied in letzterer Hinsicht ist der, daß v. K. außer den von mir hervorgehobenen, ehelichen Zerwürfnissen ein weiteres Trauma (geschäftliche Schwierigkeiten) zur Erklärung heranzieht.

Auch in bezug auf die Geschäftsfähigkeit hatte ich auf Grund meines Untersuchungsergebnisses keinen Anlaß, an eine gegensätzliche Auffassung bei den Leubuser Ärzten zu glauben. Der am letzten Tage vor der Entlassung des Lubecki aus Leubus an die Frau gegebene Bericht stimmte mit meiner Beurteilung des Falles überein. Der Passus des Berichts lautete folgendermaßen: „Zur Leitung des Geschäfts besitzt er (L.) wohl die geistige Klarheit, doch bleibt es zweifelhaft, ob er den Aufregungen geschäftlicher Ärgernisse gewachsen sein wird. Darüber kann indessen nur der Versuch entscheiden. Nach den Angaben Ihres Bruders soll Ihr Gatte ja allerdings immer sehr lebhaft und erregbar gewesen sein, so daß es schwer zu beurteilen ist, wie weit sein gegenwärtiger Zustand von seinem früheren vor der Erkrankung abweicht."

Es lag somit weder eine sachliche noch eine Rücksicht auf kollegiale Beziehungen, die ich, wie mir wohl zugestanden werden muß, gerne geübt hätte, vor, mich mit den Ärzten in Leubus über diesen Fall in Verbindung zu setzen.

Ich kann hiernach nicht zugeben, daß v. K. berechtigt ist, mir über die Grundlagen der Gutachtenerstattung eine Lehre zu erteilen.

Was den weiteren Punkt anlangt, daß das Gutachten zu Mißdeutungen im Publikum Veranlassung gegeben hat, so bedauere ich das lebhaft. Daß es nicht zu Mißdeutungen führen mußte, ergibt sich daraus, daß das Attest späterhin, nach Lubeckis Mitteilung, zur Folge hatte, daß sein Rechtsanwalt ihm das Mandat niederlegte.

Ich meine, es gibt kein ärztliches Gutachten, das nicht von Laien mißdeutet werden kann. Ist doch auch das eben zitierte, gewiß vorsichtig gehaltene Schreiben der Anstaltsdirektion zu Leubus an Frau Lubecki demselben Schicksal verfallen. Es steht als Beweis für Lubeckis Geistesgesundheit neben meinem Attest abgedruckt in der Beuthener Zeitung.

So bedauerlich ein solcher Mißbrauch werden kann, so darf die Möglichkeit einer kommenden Unbequemlichkeit kein Grund sein, deshalb überhaupt von einer gutachtlichen Äußerung abzusehen, und

ich komme damit zu dem dritten Punkt des v. Kunowskischen Angriffs.

Es ist nur von dem Berufskreise des Anstaltsarztes aus verständlich, wenn v. Kunowski den in Leubus gehandhabten Brauch, Atteste nur auf behördliches Erfordern zu erstatten, als vorbildlich und im Interesse des ärztlichen Standes für allerwärts nachahmenswert hält. Es ist für jeden im praktischen Leben stehenden Arzt ersichtlich, um nur einen äußerlichen Punkt herauszugreifen, daß die Mehrzahl der Menschen, die Atteste brauchen, schlechterdings überhaupt keine Behörde haben, an die sie sich wenden können. Das Einzige, was für die Attesterstattung in komplizierten Fällen verlangt werden muß, ist die Kenntnis der Vorgänge in authentischer Form. Ob diese auf behördlichem oder anderm Wege erlangt wird, ist sachlich gleichgültig.

Auf diese Bemerkungen glaube ich mich beschränken zu können.

Mitteilungen.

— **Eröffnung der Landesirrenanstalt zu Teupitz.** Am 26. November ist die hiesige von der Provinz Brandenburg erbaute Landesirrenanstalt in festlichem Akte eröffnet worden. Landesbaurat Prof. Goecke hat die zahlreichen Gebäude mit Meistergeschick entworfen und Landesbauinspektor Lang die Ausführung in allen Einzelheiten vortrefflich geleitet.

Die zur Eröffnungsfeier geladenen Persönlichkeiten versammelten sich in der weiträumigen, stimmungsvoll ausgestatteten Vorhalle, von dem Landesdirektor der Mark, Wirklichen Geheimen Rat Frhrn. von Manteuffel, den Architekten und den Ärzten der Anstalt, an ihrer Spitze Chefarzt Direktor Dr. Knörr, begrüßt.

Die Versammelten begaben sich aus der Vorhalle hinauf in die schlicht und würdig ausgestattete Anstaltskapelle, in der zunächst der Generalsuperintendent D. Koehler die Einweihung mit herzbewegender Ansprache auf Grund des Bibelwortes: „Kommet her zu mir alle, die ihr mühselig und beladen seid" vollzog. Im Schiffe saßen zahlreiche Pfleglinge der Anstalt, in der bereits über 400 Geisteskranke Aufnahme gefunden haben. Der Anstaltsgeistliche P. Hoefer predigte über das Schriftwort: „Seid barmherzig wie auch euer Vater barmherzig ist".

Nach der Feier wurde in der Vorhalle ein Imbis genommen. Der Oberpräsident von Trott zu Solz überreichte dem Erbauer der Anstalt Landesbaurat Prof. Goecke mit verbindlichen Worten der Anerkennung den Kronenorden 3. Klasse. — Landesbaurat Goecke und der Direktor Dr. Knörr hielten hierauf Vorträge über die Landesirrenanstalt an der Hand zahlreicher Pläne und Schaubilder. Hieran schloß sich ein Rundgang durch die (noch unbelegten) Säle und die Wohnungen der Anstalt, durch den Landwirtschaftshof und das Wärterdorf. Die Gebäude und Anlagen fanden verdiente, ungeteilte Anerkennung. Mit einem Besuche des Anstaltskirchleins auf dem Friedhofe fand der Rundgang seinen Abschluß, dann genoß man von dem auf einem Hügel gelegenen Pavillon die Aussicht auf das reizvolle, feenreiche Landschaftsbild.

In dem mit Tannengewinden geschmückten großen Versammlungssaale des Kochküchenhauses wurde ein Festmahl eingenommen. Der Oberpräsident von Trott zu Solz brachte den ersten Trinkspruch aus. Se. Exzellenz sprach zunächst seine Glückwünsche aus zu dem nunmehr vollendeten großartigen Werke, das sich würdig den bisherigen Wohlfahrts- und Krankenanstalten der Provinz anschließe, und betonte besonders, daß der dürre, sandige Boden nun auch Kulturzwecken dienstbar gemacht sei. Mit einem allseits begeistert aufgenommenen Hoch auf Seine Majestät schloß die schöne und packende Ansprache. — Landesdirektor Wirklicher Geheimer Rat Frhr. von Manteuffel brachte hierauf in beredten Worten des Dankes und der Anerkennung dem Oberpräsidenten und allen, die zum Gelingen des Werkes — nicht ganz ohne Schwierigkeiten — beigetragen haben, ein dreifaches Hoch. Andere Toaste folgten. In geselliger Unterhaltung blieb man noch lange an der Tafelrunde vereint.

Als Ärzte fungieren an der Anstalt nächst dem Direktor Dr. Knörr der 1. Oberarzt Dr. Ahrens, der 2. Oberarzt Dr. Baumann sowie Dr. Noack und Dr. Schulze; Inspektor der Anstalt ist v. Seehausen.

— Der Dozent der Psychopathologie an der Universität Graz, Dr. Otto Groß hat in der „Zukunft" vom 10. Oktober 1908 unter dem Titel **„Elterngewalt"** einen Aufsatz veröffentlicht, der in allgemein verständliches Deutsch übertragen so ziemlich das Äußerste enthält, das sich mit gesundem Denken und Empfinden noch vereinigen läßt, und das jedenfalls nicht unwidersprochen bleiben darf.

Allerdings fehlte es uns auch bisher nicht an einer ähnlichen Literatur. Allein diese „Notschreie" und wie sie sonst hießen, stammten durchweg von Kranken, die es ihrer Ansicht nach nicht waren, und wenn hier ein Dozent der Psychiatrie in gleicher Weise zur Feder greift, dann ist dies ein Novum, und der Anspruch der Priorität soll ihm daher ohne weiteres zuerkannt werden.

Groß hatte nämlich bei einem 18jährigen Mädchen, der Elisabeth Lang, eine intensive Konfliktsneurose entdeckt, die er trotz des ausdrücklichen Verbotes der Eltern und jedenfalls auch hinter dem Rücken des mit ihrer Behandlung betrauten Kollegen nach der allein selig machenden Methode Freuds behandelte, und da Elisabeth Lang „mit allem verfügbaren Zwang, so weit es nur irgend möglich war, verhindert wurde, sich an den Arzt zu wenden, der

ihr geholfen hatte und dem sie vertraut, war er genötigt, ihr heimlich Hilfe zu bringen, um sie vor der ausgesprochen schädlichen Wirkung von unvollendet gelassenen Analysen zu bewahren."

Eine größere Aufopferung seinerseits kann man füglich nicht verlangen, und ebenso verständlich ist sein Appell an M. Harden, daß den Eltern die unbegreifliche Möglichkeit eines Mißbrauches der elterlichen Gewalt entzogen werde, wenn sie, wie in diesem Falle, trotz langer Unterredungen „eine absolute Verständnislosigkeit für das Bestehen und die Entwicklungsnotwendigkeiten der individuellen Eigenart ihres Kindes zeigen".

Sollte diese Verständnislosigkeit wirklich eine Spezialität nur der Eltern sein? Ich möchte dies bezweifeln und sogar befürchten, daß nach diesem offenen Geständnisse deutsche Fakultäten auf die Mitwirkung eines solchen Kollegen voraussichtlich verzichten und ihm Gelegenheit geben würden, seinen therapeutischen Velleitäten unbehindert durch akademische Tätigkeit nachzugehen.

Wenn er alsdann eine Privatklinik für die Verdrängungsneurose errichten und hiermit Vorlesungen über die Konfliktspsychologie des Kindesalters verbinden, zudem die unverstandenen Backfische und die in ihrer Harmonie gestörten Jungfrauen in die Geheimnisse der sexuellen Konfliktsmomente einführen würde, dann kann es gar nicht fehlen, daß die eines Besseren belehrte Gesellschaft jenen unbegreiflichen Mißbrauch der elterlichen Gewalt fernerhin nicht mehr dulden, und für die bisher unter der elterlichen Willkür Dahinschwindenden und den Herrn Dozenten ein mehr als perikleisches Zeitalter auftreten würde.

Pelman.

— **Vom Wiener Internationalen Kongress für Irrenpflege.** Am zweiten Kongreßtage (8. Okt.) nachmittags fand die feierliche Enthüllung eines Denkmals für Professor Freiherrn v. Krafft-Ebing statt. Im kleinen Festsaale der Wiener Universität versammelte sich eine auserlesene Gesellschaft, insbesondere von Ärzten, aus Anlaß der Aufstellung des vom Wiener Verein für Psychiatrie und Neurologie gewidmeten Denkmals für Richard Freiherrn von Krafft-Ebing, der an der Wiener Klinik für Psychiatrie vom Jahre 1889 bis 1902 als Lehrer und Arzt gewirkt hatte. Zu dieser Feier hatten sich nebst den beiden Söhnen Krafft-Ebings, Hans und Friedrich, und der Tochter Frau Saxau, eingefunden der gesamte akademische Senat mit dem Rektor magnificus Prof. Dr. Franz Exner an der Spitze, Prof. Dr. Hartmann als Delegierter der medizinischen Fakultät und Vorstand der psychiatrischen Klinik in Graz, die gewesenen Assistenten und Schüler von Krafft-Ebing, sowie eine große Anzahl der anläßlich des Internationalen Kongresses für Irrenpflege anwesenden Delegierten der verschiedenen Vereine. Nach einer Begrüßung durch den Rektor Prof. Exner, der auf den pietätvollen Brauch der Wiener Universität hinwies, das Andenken verblichener Größen durch Denkmäler zu ehren, hielt der Vorstand der Klinik für Psychiatrie in Wien, Hofrat Professor von Wagner-Jauregg, die Gedenkrede. Er skizzierte zunächst Krafft-Ebings Biographie. Krafft-Ebing war nicht nur ein tüchtiger Arzt, sondern auch ein ausgezeichneter Lehrer. Die erste Anstalt, in der er lehrte, war Illenau. Krafft-Ebings Verdienst sei die Errichtung der psychiatrischen Klinik in Graz. Als klinischer Lehrer entfaltete er eine segensreiche Tätigkeit, und als Schriftsteller war er nimmermüde. Er besaß die Fähigkeit, komplizierte psychiatrische Probleme klar darzustellen und für alles den prägnanten Ausdruck zu finden. Klinische Beobachtung und nüchterne Wiedergabe derselben war für seine Darstellung charakteristisch. Den größten Ruhm habe er sich durch seine in alle Kultursprachen übersetzten Lehrbücher errungen, von denen namentlich das das psychiatrische und forensische Gebiet betreffende Lehrbuch für jeden Psychiater und Gerichtsarzt vorbildlich geworden ist. Unleugbar ist es Krafft-Ebings persönliches Verdienst, daß die Psychiatrie als Prüfungsgegenstand aufgenommen wurde, wie nicht minder die Errichtung von Heilanstalten für Nervenkranke. Hofrat Wagner rühmt ferner die besonders hervorragenden Eigenschaften Krafft-Ebings, der auf den Kranken durch die Macht seiner Persönlichkeit geradezu suggestiv wirkte, und schließt seine mit lebhaftem Beifalle aufgenommene Rede mit den Worten: „Krafft-Ebings Errungenschaften werden ein Gemeingut der medizinischen Wissenschaft bleiben, und sein Denkmal soll auch den kommenden Generationen sagen, was mit seinem Namen verknüpft bleiben muß." Hierauf begab sich die Festgesellschaft in den Arkadenhof, wo die vom Bildhauer Kauffungen ausgeführte, von einem Lorbeerhain umgebene lebensgetreue Büste aufgestellt war. Der Präsident des Vereines für Psychiatrie und Neurologie, Hofrat Obersteiner, hielt eine Ansprache, in welcher er namens der Gesellschaft die Büste der Universität widmete und den Rektor bat, sie in den Besitz und in die Obhut übernehmen zu wollen. Der Sohn des Professors v. Krafft-Ebing, Gutsbesitzer Hans Freiherr v. Krafft-Ebing, dankte in bewegten Worten dem Vereine für Psychiatrie und Neurologie, sowie den akademischen Behörden, die sich um das Zustandekommen des Denkmals bemüht haben. Dann widmete Geheimrat Schüle, der seinerzeit mit Krafft-Ebing gemeinsam in Illenau wirkte, als Freund dem Andenken Krafft-Ebings Worte des Gedenkens. Im Namen der letzten klinischen Assistenten wurde von Privatdozent Dr. A. Fuchs mit Worten des Dankes dem großen Meister und Lehrer ein Kranz an dem Sockel des Denkmals niedergelegt, weitere Kränze vom Sanatorium „Maria-Grün" mit dem Motto: „Seinem unvergeßlichen Schöpfer", und von den Hinterbliebenen des Professors Krafft-Ebing.

In dem sang- und klangfreudigen Wien konnte es bei dem internationalen Kongreß auch an musikalischen Genüssen nicht fehlen. Das Wiener Ärzteorchester bot beim Begrüßungsabend im Rathause vorzügliche Leistungen und erntete den lebhaftesten Beifall und herzlichsten Dank. Unter den Wiener Ärzten befinden sich offenbar zahlreiche auf der Stufe hoher, echt künstlerischer Vollendung stehende Kräfte. Auch beim Besuch der Anstalt „am Steinhof" konzertierte während des

vom Landesausschuß gegebenen opulenten Frühstücks ein vortreffliches von einem Anstaltsarzt dirigiertes, aus Angestellten und Pfleglingen bestehendes Orchester. Allgemeiner Applaus wurde einem vom Anstaltsdirektor Regierungsrat Dr. med. Schlöß komponierten Walzer zuteil, und es wurde von allen Seiten der einstimmige Wunsch an den Komponisten gerichtet, sein so außerordentlich ansprechendes Opus in Druck zu geben. Der Walzer ist nun in der Musikalienhandlung von Otto Maaß, Wien VI, Mariahilferstraße 91, für 2 Mark zu haben, und es wird gewiß mancher Kongressist sich gern die Möglichkeit verschaffen, auf diesem akustisch-assoziativen Wege in seinen Mußestunden die Erinnerung an die ebenso freundlichen wie interessanten Stunden beim „Steinhof" aufzufrischen oder sich auffrischen zu lassen.

Referate.

— Sittliche Lebensanschauungen der Gegenwart. Von O. Kirn. (Aus Natur und Geisteswelt.) Verlag von B. G. Teubner, Leipzig, 1907.

Von dem Gegensatz zwischen Naturalismus und Idealismus ausgehend werden in den ersten drei Abschnitten die naturalistische Lebensanschauung und dann als ihre erweiterten Formen der Utilitarismus und Evolutionismus einer Kritik unterzogen, während in den drei letzten Abschnitten als der idealistischen Richtung angehörend die ästhetische Lebensanschauung, der sittliche Idealismus und zum Schluß die christliche Lebensauffassung besprochen werden. Verf. kommt zu dem Schluß, daß die christliche Lebensanschauung die einzig richtige und befriedigende sei, ohne jedoch den anderen Unrecht tun zu wollen. Denn die christliche Lebensanschauung sei so einfach, groß und überzeugend, daß sie es nicht nötig hätte, durch Herabsetzung anderer sittlicher Gedanken erst ihre Überlegenheit zu sichern. Plesch-Hubertusburg.

Personalnachrichten.

— **Österreich.** Anläßlich des Regierungsjubiläums des Kaisers wurden folgende Auszeichnungen an Anstaltsdirektoren verliehen: Der Franz-Josefs-Orden den Direktoren Dr. Dr. Böck (Troppau), Sterz (Feldhof), Schubert (Sternberg), Pfausler (Valduna), der Titel eines Regierungsrats den Direktoren Dr. Dr. Starlinger (Mauer-Öhling), Schweighofer (Salzburg), die eiserne Krone III. Kl. dem Direktor Dr. Hrase (Dobran).

— **Dresden.** Dr. Thoemmes wurde als Hilfsarzt an der städt. Heil- und Pflegeanstalt angestellt.

— **Göttingen.** Dr. Eichelberg hat sich für Psychiatrie und Neurologie habilitiert. (Probevorlesung: Bedeutung der chemischen und serologischen Untersuchung des Liquor cerebrospinalis für die Diagnostik der Nerven- und Geisteskrankheiten.)

Druckfehlerberichtigung.

In dem Aufsatz von Dr. Wickel, Das Bewahrungshaus, in Nr. 37 auf Seite 321, Spalte I, Zeile 7 muß es heißen statt: etwa 21, **etwa 10—12.**

Anstaltstechnische Neuheiten und Fortschritte.

Psychiatrische Polytechnik.

Von Dr. *Charles Bach*, dirigierendem Arzt der Heilanstalt „Sonnenhalde" in Riehen b. Basel.

Ohne es zu suchen, kam der Verfasser dieser Zeilen zu der Ehre, im Auftrage des Redaktors der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift die neue Rubrik „Anstaltstechnische Neuheiten und Fortschritte" willkommen zu heißen. Anfangs Oktober, bevor noch das Zirkular Dr. Breslers in seine Hände gelangt war, begab er sich auf dem Umweg über die berühmte diesjährige Münchener Kunstgewerbeausstellung zum III. internationalen Kongreß für Irrenpflege nach Wien. Er trug sich bereits damals mit dem längst genährten Gedanken, den Redaktor der Psych.-Neurol. Wochenschrift für die Gründung eines besonderen Organs mit dem Titel: „Psychiatrische Polytechnik" zu gewinnen.

Als dann in München die einzigartig harmonische, einheitliche Kunstgewerbeausstellung „München 1908" auf mich wirkte, in welcher so deutlich zur Anschauung kam, wie fruchtbar sich das solidarische Zusammenarbeiten der verschiedensten Berufsarten zu einem bestimmten Gesamtzwecke erweise, da wurde es mir noch eindrücklicher: In dieser Weise sollten die Irrenärzte mit den Architekten, Künstlern, Ingenieuren, Mechanikern und Handwerkern aller Art zusammenarbeiten, um ein schönes, zweckmäßiges, durchgearbeitetes, abgerundetes Ganzes, mit einem Worte ein Werk aus einem Guß zu schaffen. Erst in Wien selber erfuhr ich zu meiner nicht geringen Freude, daß dasjenige, was mir schon lange als Desideratum vorschwebte, bereits im Entstehen begriffen sei. Dies freute mich um so mehr, als ich an der Anregung zum Zirkular vollständig unbeteiligt war. Denn erst wenn man mit einem Gedanken nicht allein steht, ist der günstige Moment gekommen, etwas Neues zu schaffen. In Wien aber und dann auch in Mauer-Öhling ward mir eine andere Freude zuteil. Das einheitliche Zusammenwirken aller Faktoren der Polytechnik, welches mir in München als Ideal vorschwebte, hier sah ich es verwirklicht. In den beiden nieder-österreichischen Landesanstalten „am Steinhof" in Wien und

der Kaiser Franz-Joseph Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling konnte man sehen, was, in ersterer Anstalt in großartigem, in der zweiten in etwas schlichterem, ländlicherem Charakter, geleistet werden kann, wenn alle Faktoren des Schönen und Zweckmäßigen harmonisch zusammenwirken.

Es ist eine Freude, zu konstatieren, daß man die Bedeutung der technischen Fragen für die Psychiatrie immer mehr würdigt. Sind dieselben doch nicht von so untergeordneter Bedeutung, wie es manche vielleicht glauben sollten. Man kann sich bisweilen des Eindrucks nicht erwehren, daß manche Psychiater den technischen Einrichtungen in den Anstalten bloß eine ganz sekundäre, fast „tertiäre" Bedeutung zubilligen. Sie huldigen dem Standpunkt, auf die Art der technischen Installationen komme es nicht so sehr an. Man könne auch mit primitiveren Hilfsmitteln relativ Vollkommenes erreichen. — Ich leugne dies nicht. Ein Maler wie Segantini soll als Hirtenknabe beim Weiden seiner Herde mit den prekärsten Mitteln künstlerische Skizzen von hohem Werte auf die umherliegenden Felsblöcke hingezaubert haben, und hat dabei Trefflicheres geleistet als mancher weniger bedeutende Künstler, dem das ganze Arsenal technischer Hilfsmittel der Malerei zu Gebote steht. Aber niemand wird leugnen, daß es jammerschade gewesen wäre, wenn ein Genius wie Segantini sein ganzes Leben lang im Kampfe mit der Technik seine Kräfte aufgerieben hätte.

Wie oft ist das Gelingen eines Suizidversuchs lediglich die Folge einer unvollkommenen technischen Einrichtung! Wie viel Kraft spart man doch mit einem praktischen, einwandfreien Instrument!

Welcher Chirurg möchte heute noch mit altmodischen Instrumenten arbeiten, wie sie vor hundert Jahren in Gebrauch waren, und deren Stätte heute würdiger das technisch-historische sog. „Deutsche Museum" in München als ein moderner aseptischer Operationstisch ist.

Die heutige Zeit will Menschenkräfte sparen. Sie will es, weil sie es muß. Erscheinen ihr ja schon bald Pferdekräfte als zu wertvoll. Das Instrument, die Maschine soll als Surrogat der Kraft vollwertiger Menschen dienen.

Wenn wir in einem Wachsaal mit zehn Fenstern zur Bewachung eines jeden derselben einen besonderen Wärter anstellen könnten, so dürfte man nach Herzenslust die Fenster aufreißen und könnte dabei die für manche so anstößigen Gitter fortlassen. Die Gitter nehmen eben in wohltätiger und sparender Weise dem Menschen diese geistige Anspannung ab, und was an Menschenkräften gespart wird, indem man sie durch Automaten ersetzt, soll demjenigen Teil menschlicher Arbeit zugute kommen, der nicht durch Maschinen ersetzt werden kann, nämlich der elektiven, individualisierenden, kombinierenden geistigen Arbeit höherer Ordnung. Dazu gehört allerdings auch das Überwachen der Funktion von Automaten. Aber es ist im allgemeinen unendlich weniger anstrengend, ein Dutzend Automaten zu beaufsichtigen, als die Arbeit nur eines einzigen selber zu verrichten.

Wenn jeder Psychiater eine Statistik davon aufstellen würde, wie viel Mühe und Sorgen wegfallen würden, falls gewisse technische Postulate, für welche ihm eine theoretische Lösung vorschwebt, die er aber mangels eigener technischer Ausbildung nicht selber durch die Anstaltshandwerker zur Ausführung bringen kann, und die infolge unzureichender Fühlung mit einem kompetenten Techniker auch von diesem nicht realisiert werden können, welch eine Unsumme von „Psycho-Kalorien" (man gestatte mir diesen Ausdruck) käme da heraus, die gespart und für Besseres verwendet werden könnten. Es ist daher des Schweißes der Edlen, ich meine auch der hervorragendsten unter den technisch Veranlagten, wert, sich der Lösung psychiatrisch-technischer Aufgaben mit warmem Interesse und begeisterter Hingabe zu widmen.

Es ist mir keine geringe Freude, konstatieren zu können, daß von jeher das technische Moment in den Spalten der Psych.-Neurol. Wochenschrift in weitgehendem Maße Berücksichtigung fand, und daß nicht nur die Psychiater, sondern auch Vertreter der technischen Wissenschaften ihre Originalbeiträge lieferten.

Wenn aber jetzt eine besondere Rubrik geschaffen wird, so handelt es sich im wesentlichen darum, quantitativ diese Beiträge zu vermehren durch Heranziehen solcher Mitarbeiter, die bis jetzt als „Stille im Lande" sich zwar für diese Aufgaben lebhaft interessierten und in ihren Anstalten alle möglichen technischen Probleme mit Geschick und Eleganz lösten, die aber in der bisherigen Zeit aus Mangel an offizieller Nachfrage nicht aus dem abgelegenen Winkel ihrer Zurückgezogenheit heraustraten. Ferner gilt es, durch gegenseitige Anregung, oft auch durch bloße Fragestellungen, die man ja nicht scheue, neue Lösungen für alte Aufgaben zu suchen. Vielleicht werden auch ganz verdrängte Probleme aus früheren Zeiten, die, man weiß oft nicht aus welchem Grunde, obwohl sie eigentlich noch lebens- und sogar noch entwicklungsfähig gewesen wären, vollständig am Horizont verschwanden, wieder auftauchen.

Durch den Wetteifer gemeinschaftlicher Arbeit angespornt, wird man aber auch ganz neue Probleme wagen dürfen, die vielleicht schon lange als dunkel empfundene Bedürfnisse im Unterbewußtsein dahinvegetierten, die aber jetzt kühn dem Lichte entgegenstreben und nach Realisierung verlangen. Es ist dies ganz dem Geiste der gegenwärtigen Zeit entsprechend, welcher nicht nur alle Werte umzuwerten sucht, sondern auch nach neuen, bisher ungeahnten Werten, Permutationen, Kombinationen, Variationen ausblickt, und uns daher auf neue Möglichkeiten zu sinnen auffordert. Es wird insbesondere unser Bestreben sein müssen, dem modernen Bedürfnis nach möglichst einfachen d. h. unkomplizierten Lösungen Rechnung zu tragen. Man wird danach zu trachten haben, Maschinen zu konstruieren, welche einfacher, mit weniger Kraftaufwand bedient werden können und weniger Leute in Anspruch nehmen. Eine Einrichtung, welche mit einem sichern Handgriff gestattet, das gleiche zu erreichen, was man früher mit zwei bis drei Griffen bewerkstelligte, wird selbstverständlich den Sieg davontragen, auch wenn sie etwas teurer zu stehen käme. In der heutigen hastigen Zeit, bei der Überbürdung, welche das so vielgestaltige moderne Leben erzeugt hat, ist Zeit nicht nur Geld, sondern mehr als Geld, nämlich eine nervenerhaltende Macht und wesentliche unmittelbare Bedingung zum Glück.

Über die Umgrenzung des Programms der neuen psychiatrisch-technischen Rundschau hat uns alle das Oktober-Zirkular belehrt. Ich will es mir daher ersparen, alle Punkte der Reihe nach zu wiederholen. Man ersieht aus der Aufzählung derselben, daß es sich zum Teil um ganz einfache und bescheidene Aufgaben handelt. Wennschon unsere psychiatrische Polytechnik in einem Jahre begründet wird, in welchem die Mechanik ihre staunenerregendsten, großartigsten und zugleich populärsten Triumphe feiert, in einer Zeit, wo fast jedes Volk seinen technischen Nationalhelden besitzt, der sich die Eroberung des Reiches der Lüfte zur Aufgabe stellt und seine ganze Kraft dafür einsetzt, ja sogar sein Leben daran wagt, so handelt es sich bei uns, wie oben angedeutet, wenigstens vorläufig in der Hauptsache nicht um so stolze technische Aufgaben. Es gilt oft, recht prosaische, recht unscheinbare Aufgaben der Kleintechnik zu lösen, und je unscheinbarer sie sind, um so wichtiger können sie sein, und manchmal auch um so schwieriger zu verwirklichen. Ein geeigneter Türgriff, eine praktische Lüftungsvorrichtung kann bereits das Ziel unseres ganzen Ehrgeizes sein, und solche Aufgaben können uns schon, wenn sie individuell gelöst sein wollen, bisweilen ziemlich viel Kopfzerbrechen machen. Doch vielleicht wird man mit der Zeit sich auch an kühnere Aufgaben heranwagen, und an manchen Orten kann man mit Stolz konstatieren, daß es bereits geschehen ist.

Während gewöhnlich die Irrenanstalten gewisse Einrichtungen von universaler Bedeutung (z. B. Zentralheizungen etc.) von anderen übernehmen und höchstens für ihre speziellen Zwecke etwas modifizieren, wird vielleicht einmal die Zeit kommen, wo eine neue Einrichtung von allgemeinem Wert, häufiger, als es wohl jetzt vorkommen dürfte, für die Bedürfnisse der Geisteskranken zum erstenmal installiert wurde und von hier aus den Weg in die Spitäler, von dort ins Krankenzimmer des Privathauses fand und von da aus endlich zum Gemeingut*) wurde.

Eine solche Priorität würde, nebenbei bemerkt, nicht ungeeignet sein, die Vorurteile des Publikums gegen Irrenanstalten zu vermindern, unter der Voraussetzung, daß die psychiatrisch-technischen „Firmen" ihr Licht nicht unter den Scheffel stellen.

Es sei mir gestattet, auf einige Punkte, die im Programm nicht extra angeführt, sondern in den drei Buchstaben „u. s. w." am Schluß der Aufzählung enthalten gedacht werden müssen, hinzuweisen.

Hierher gehört das spezifisch psychiatrisch-chirurgische Instrumentarium sowie dasjenige, welches zwar Allgemeingut der Chirurgie ist, aber beim Psychiater eine hervorragende und charakteristische Rolle spielt (Sonden aller Art etc.). Es gilt da, manches zu verbessern und jedenfalls nicht wenige bereits vorhandene, aber leider im Verborgenen „blühende" Verbesserungen gebührend bekannt zu machen und ans Licht der Öffentlichkeit zu ziehen. Schon eine bloße Katalogisierung aller bereits vorhandenen Modelle dürfte mehr als theoretisches Interesse haben, vielmehr zum Schaffen von Neuem anregend wirken. — Nebenbei bemerkt, gibt es eine Reihe von Instrumenten aus der offiziellen Chirurgie, die nur einer leichten Modifikation bedürften, um für den Gebrauch des Psychiaters geeigneter zu sein.

Überhaupt wäre es gut, wenn man genau erführe, welche speziellen Einrichtungen diese, welche jene Irrenanstalt zu ihrem Inventar zählt. Fast jede Anstalt, auch die primitivste — und gerade die primitivsten müssen oft in entsprechend genialer Weise sich zu helfen wissen —, hat technische Einrichtungen,

*) Man denke nur, wie viel Schutzvorrichtungen eigentlich in der Kinderstube Anwendung finden könnten.

welche ihr eigentümlich sind. Bei Besichtigung jeder, auch der unmodernsten Anstalt wird man durch ganz originelle Modelle und Systeme der technischen Innenausstattung überrascht, die oft auch in komfortableren Anstalten eingeführt zu werden verdienten, ob sie schon in der veralteten Anstalt lediglich als genialer Notbehelf anzusehen sind. Man sollte daher, ehe man behufs Neugründung oder Erweiterung einer Anstalt Besichtigungen schon vorhandener vornimmt, in einem zukünftigen Anstalts-„Baedeker" nicht nur die allgemeine Anlage und äußere Architektonik berücksichtigen, sondern auch die technische Detailausstattung sollte gebührend gewürdigt werden und spezieller Vorzüge dürfte man dabei mit einem Sternchen gedenken. Eine solche Inventaraufnahme aller bewährten anstaltstechnischen Spezialitäten der verschiedensten Heil- und Pflegestätten für Geisteskranke, die bisher nicht durch ein Patent, sondern durch Unkenntnis weiterer Kreise vor Nachahmung geschützt und daher nicht nur Originaleigentum, sondern sogar geistiges Eigentum dieser oder jener Anstalt, oder im besten Falle Provinz, blieben, würden dadurch zum Allgemeingut werden. Es wäre sogar interessant, wenn Monographien publiziert würden, in welchen das gleiche technische Detail-Problem in seinen verschiedenen Lösungen sozusagen „vergleichend-anatomisch" behandelt würde. Eine solche synoptische Darstellung aller bis jetzt realisierten Möglichkeiten wäre nicht nur von großem theoretischen Interesse, sondern von hervorragender praktischer Bedeutung. Was man für den Gesamtkörper der Irrenanstalten schon längst und erst jüngst auf dem Wiener Kongreß in musterhafter Weise*) zur Anschauung brachte, dürfte auch für die Einzelorgane des anstaltstechnischen Gesamtapparates nicht weniger wichtig sein. Wenn wir einmal über ein reichhaltiges Material dieser Art verfügen werden, wird es viel leichter als jetzt fallen, bei den oben angedeuteten Neugründungen von Anstalten im Voraus einen Plan davon zu machen, auf welche Anstalten man seine Studienreisen ausdehnen möchte, und wenn gewisse unter ihnen zu schwer erreichbar wären, könnte man sich wenigstens genaue Skizzen und Pläne derjenigen technischen Details erbitten, für die man spezielles Interesse besitzt. Auch auf solche Dinge bezieht sich das Wort: „Wissen ist Macht".

Daß psychiatrische Kongresse mit ihren Lichtbilderprojektionen, daß technische Ausstellungen bei solchen Anlässen der Erreichung oben erwähnter Zwecke besonders dienlich sind, ist zu selbstverständlich, als daß ich darauf ausführlicher einzugehen hätte. Ich sehe es aber als eine angenehme Pflicht der Dankbarkeit an, hier der vortrefflichen psychiatrisch-technischen Ausstellung im städtischen Museum in Amsterdam zu gedenken, welche voriges Jahr während des internationalen psychiatrisch-psychologisch-psychodiakonischen*) Kongresses in Amsterdam viel Instruktives bot, was durch Bücher, Zeitschriften und selbst durch den bezüglichen ausgezeichneten Katalog an und für sich niemals in annähernd zweckdienlicher Weise hätte vermittelt werden können.

Auch eine eventuelle Wiederaufnahme der Frage nach einem psychiatrisch-historischen Museum, welche in früheren Jahrgängen dieser Zeitschrift ventiliert wurde, dürfte, was den rein technischen Teil derselben betrifft, in die Spalten dieser neuen Rubrik gehören. Damals fand dieselbe einen vorläufigen Abschluß im Anerbieten des germanischen Museums in Nürnberg, einer beschränkten Anzahl der charakteristischsten historischen Denkmäler der psychiatrischen „Paläontologie", um mich so auszudrücken, in seinen Räumen Aufnahme zu gewähren. Nun aber hat sich neben dem germanischen Museum in Nürnberg das sogen. „deutsche Museum" in München konstituiert. Dieses setzt sich zur Aufgabe, obwohl es „deutsches" Museum heißt, den historischen Denkmälern der Naturwissenschaft und Technik aller Nationen „dem Deutschen Volk zu Ehr und Vorbild" in seinen Räumen Herberge anzuweisen, und, wie es in der „Chronik" desselben heißt, „in einem niemals abgeschlossenen, immer neu sich ergänzenden Organismus die Geschichte und die Gegenwart naturwissenschaftlicher und technischer Arbeit darzustellen" (Walter von Dyck).

Durch die Gründung dieses großartig angelegten, geradezu epochemachenden Riesenwerks wird vielleicht einmal im deutschen Museum eine umfassendere Lösung finden können, was im germanischen seiner andern Bestimmung entsprechend nur in bescheidenerer Weise zur Verwirklichung kommen konnte. **)

*) Direktor Dr. Herting (Galkhausen): Bauliche Fortentwickelung der Anstalten für Geisteskranke (mit Photogrammen).

*) Man verzeihe mir diesen Neologismus „ad hoc". Er sucht lediglich nach einem adjektivischen und wie die beiden andern ebenfalls griechischen Ausdruck für Irrenpflege. Von dem Anspruch auf Reform und Internationalisierung der Terminologie weiß er sich vollständig frei.

**) Der Vollständigkeit und der internationalen Gerechtigkeit wegen darf ich nicht unerwähnt lassen, daß sich auch im

Jedenfalls wird man gut tun, alle Folterwerkzeuge aus einer vielleicht rührend wohlmeinenden, aber doch barbarischen, man möchte gerne sagen dürfen, prähistorischen Zeit, die man bis jetzt aus den Rumpelkammern der Anstalten noch nicht herausgeworfen und vielleicht zu einem Autodafé verwendet hat, bis auf weiteres sorgfältig aufzubewahren und zu katalogisieren. Man könnte es sonst bereuen, dieselben in einer Zeit vernichtet zu haben, in welcher der historische Sinn vielleicht noch nicht soweit gereift war, um diese Kuriosa aus einer Zeit, die — es ist eine Ironie es zu sagen — mit „Hebeln und Schrauben", mit „Schwertern und Stangen" Psychotherapie zu treiben wähnte, gebührend zu würdigen.

Da wir soeben die extremsten Zwangsmittel historisch gestreift haben, dürfte es am Platze sein, über die Technik der heute trotz der Verteidiger des extremen no-restraint nicht aus der Welt geschafften Beschränkungsmittel zu sprechen. Wir konnten neuerdings auf dem Wiener intern. Kongreß hören, daß die vollständige Verbannung der Beschränkungsmittel eine radikale Forderung sei, welche einer nüchternen ärztlichen Kritik auf die Dauer nicht Stand halten könne. Wenn dem so ist, wenn diese Bewegung an Macht gewinnen sollte, so wird es gelten, zwar nicht über die Prinzipienfrage, ob Beschränkung oder nicht, aber über das Wie in diesen Spalten Rechenschaft zu geben.

Man wird wohl gewissen Beschränkungsmitteln, wenn sie wieder zu Gnade kommen sollen, ein ärztlich-würdigeres Gepräge zu geben sich bemühen, ihnen eine ästhetischere Form verleihen müssen. Manche Beschränkungsmittel könnten ohne Schwierigkeit den in der Chirurgie zwar von anderen Voraussetzungen aus, aber zum gleichen Zwecke angewandten Beschränkungsmitteln in der äußeren Form ähnlicher gestaltet werden, so daß sie allenfalls unter die Rubrik „Verbandstoffe" subsumiert werden könnten. Allerdings wird man sich inhaltlich*) von den chirurgischen Beschränkungsmitteln soweit als nötig entfernen müssen, insofern man mit Hilfe der modernen technischen Hilfsmittel auch denjenigen Bewegungen der Geisteskranken, die man zu hemmen die Pflicht hat, einen gewissen Spielraum läßt. Somit wird man innerhalb der Grenzen dieser zu gestattenden Exkursionen einer Extremität, den erlaubten Bewegungen nur einen elastischen Widerstand entgegen zu setzen haben, der den Kranken vielleicht eher ablenkt und befriedigt als irritiert, und ihm eine unschädliche Transformation seines schädlichen Bewegungsimpulses gestattet. Natürlich müßte auf diesem heiklen Gebiete mit äußerster Vorsicht und Nüchternheit vorgegangen werden.

Last not least möchte ich unter die technischen Bedürfnisse der Irrenanstalten das künstlerische Moment sowohl der äußeren architektonischen Struktur als auch vor allem der Innenausstattung rechnen. „Techne" heißt ursprünglich Kunst. Das darf man nicht ganz vergessen. An den polytechnischen Hochschulen bildet Kunst, ja sogar bis zu theoretischen Vorlesungen über Ästhetik, ein Lehrfach. Ich möchte mich nun natürlich von jeder Grenzüberschreitung fernhalten und unter keinen Umständen die anstaltstechnische Rubrik ungebührlich ausdehnen. Daß auch die höhere Kunst, die Malerei und die Plastik, im Gegensatz zur sogenannten angewandten Kunst, in den Irrenanstalten eine Heimstätte haben darf, ist zwar nicht zu bezweifeln, gehört jedoch nicht in den Rahmen der anstaltstechnischen Rubrik. Es gibt aber eine hierher gehörige Art, praktische Dinge von vorneherein schön anzulegen, so daß man nicht weiß, wo die Kunst, die „Techne", aufhört und die Technik, im mechanischen Sinne genommen, anfängt. Es gibt eine Art der Raumgestaltung, eine Art der Formgebung, wo das Schöne und Zweckmäßige eine innere Harmonie, eine unlösbare Einheit bilden. Wer aufmerksam die neuere Kunst in ihren besten Erzeugnissen betrachtet, erblickt da neue Formen, die nicht willkürlich sind, sondern lediglich der Zweckbestimmung des Gegenstandes die Schönheit ihrer Form verdanken. Es handelt sich wie beim menschlichen Organismus um eine schöne Zweckmäßigkeit, so daß das Wort eines Arztes, es gebe für ihn nichts Schönes, was nicht auch praktisch sei, und er könne nichts praktisch finden, wenn es nicht auch schön sei, cum grano salis als Ideal dieser technisch-schönen Richtung gelten dürfte. Ausgeschlossen ist dabei natürlich, daß man durch Verzierung, also angebliche Verschönerung eines Gegenstandes, denselben an Brauchbarkeit einbüßen lasse.

Ich möchte mich daher auf folgenden Standpunkt stellen:

Es gibt eine Art von Kunst, die mit Luxus nicht zu verwechseln ist, sondern geistiges Lebens-

städtischen Museum zu Amsterdam in der von Dr. Daniëls eingerichteten allgemein-medizinisch-historischen Museumsabteilung ein Raum befindet, in welchem eine Anzahl von therapeutischen psychiatrischen Marterwerkzeugen einer leider noch nicht gar so lange entschwundenen Zeit befinden. Von den Sammlungen in dieser oder jener Anstalt werden wir hoffentlich in der Folgezeit auch etwas mehr erfahren.

*) Denn chirurgische Beschränkungsmittel bezwecken meist eine absolute Fixation und können dies nur, weil sie eine gesunde Psyche voraussetzen.

bedürfnis auch des Schlichtesten und Ungebildetsten ist, ganz in ähnlicher Weise, wie es eine Ernährungsweise gibt, die schlechterdings zur Fristung des leiblichen Lebens nötig ist und nichts zu tun hat mit exotischen Luxusnahrungsprodukten, wie sie auf die Tafel der alten Römer kamen oder der Renommiersucht des amerikanischen Milliardärs dienen. Es ist dies eine Kunst, die mit einem gewissen Komfort innig verbunden ist, und „comfortable" heißt ursprünglich bequem, d. h. praktisch. Nun ist es gewiß jammerschade, wenn man eine technische Aufgabe, z. B. eine Raumausstattung, mit den gleichen finanziellen und technischen Mitteln und unter Erreichung des gleichen praktischen Resultats schön oder häßlich (oder im besten Falle bloß nichtssagend, trivial, vulgär) ausführen kann, dieselbe nicht im Sinne des Schönen, Wohlgefälligen zu lösen. Ich denke mir also, im Einklang mit den besten Vertretern des modernen Kunstgewerbes (vielleicht wird man später einmal sogar von einer Kunstmechanik, einer künstlerischen Maschinenkunde reden), von einer technischen Ästhetik, die Begriffe des bloß Accessorisch-Schönen, der wohlgefälligen Zufälligkeiten, der unmotivierten willkürlichen Verzierungen verbannt. Mein Ideal von wohlgefälligen technischen Produkten ist das im zweckmäßigen Ganzen begründete und darin aufgehende, naturgemäße Schöne. Ich möchte mir beinahe erlauben, für diese Auffassung das schöne Wort der Griechen καλοκἀγαθός (schön und gut in untrennbarer Einheit) zur Devise zu nehmen, wenn ich nicht ganz gut wüßte, daß die Griechen diese Bezeichnung im ethischen Sinne verwendet haben. Fürwahr, wer die schönen und zweckmäßigen niederösterreichischen Landesanstalten „am Steinhof" in Wien und diejenige in Mauer-Öhling zu sehen die Freude hatte, der wird neben allem Schönen, was dort der reinen, nicht bloß sog. „angewandten" Kunst angehört, daselbst das in jenem griechischen Worte Enthaltene in klassischer Weise verwirklicht gefunden haben.

Um nun aber allen in obigen Zeilen angedeuteten Zielen näher zu kommen, genügt es nicht, daß bloß diejenigen Psychiater, welche sich für technische Aufgaben interessieren, untereinander Fühlung gewinnen. Es würde auch nicht ausreichen, wenn wir außer dem eben Erwähnten mit denjenigen allgemeinärztlichen und chirurgischen Blättern in Kartell träten, die sich speziell das Studium technischer Aufgaben zum Ziele setzen. Mit einem Wort: Auf die Ärzte allein soll die Teilnahme an unsern Bestrebungen nicht beschränkt werden. Auch würde unser Ziel damit nicht erreicht, daß hier und da ein vereinzelter Vertreter der technischen Wissenschaft sich einer im übrigen bloß aus Psychiatern zusammengesetzten psychiatrisch-technischen „Fraktion" als Hospitant anschließen würde. Ein Austausch mit den Redaktionen derjenigen speziellen technischen Zeitschriften, welche Probleme aus dem Interessenbereich des Psychiaters behandeln, dürfte wünschenswert sein, aber für sich genommen uns dem gesteckten Ziele nicht nahe genug bringen. Auch würden unsere Bestrebungen nur zu einem unvollständigen Siege führen, wenn die Techniker bloß, solange es sich um die Ausführung eines bestimmten Projektes handelt, mit dem Psychiater in persönlichen Kontakt treten würden. Es sollte vielmehr, anstatt daß man nur so gelegentlich für den „Kriegsfall", möchte ich beinahe sagen, ein Bündnis schließt, welches sich nach Erreichung des materiellen Einzelzwecks wieder auflöst, ein stehendes Heer auch in „Friedenszeiten", wenn ich so sagen darf, vorhanden sein. Dieses sollte sich soweit als möglich zu ungefähr gleichen Teilen auf der einen Seite aus Psychiatern, auf der andern aus den verschiedensten Vertretern der Technik, Architekten, Ingenieuren, Künstlern, Mechanikern und Handwerkern aller Art usw. rekrutieren.

So technisch veranlagt mancher Psychiater auch sein mag, wird er, abgesehen davon, daß er bei der Ausführung eines Projekts der Hilfe des Technikers selbstverständlich nicht entraten kann, auch bei den Vorstudien die Mitarbeit desselben nicht entbehren können. Er beginge daher ein Unrecht, falls er im Techniker nur das passiv ausführende, gleichsam auf Bestellung hin arbeitende Organ seiner Ideen, und mögen dieselben noch so trefflich sein, erblicken würde. Wer je mit regem Interesse, in intensiver gemeinschaftlicher Arbeit und ungezwungenem Gedankenaustausch mit einem erfahrenen Techniker stand, wird oft verblüfft gewesen sein, wie letzterer, wenn auch unter vollständigem Eingehen auf den Leitgedanken des Psychiaters, was conditio sine qua non ist, bisweilen das ganze Kartenhaus, das am grünen Tisch aufgebaut war, umwirft und die Sache an einem ganz anderen Ende anfaßt. Er wird sehen, wie der praktische Techniker (dies Wort im weitesten Sinne genommen) oft glatte, abgerundete, ursprüngliche, einfache Lösungen findet, wo der Psychiater trotz eines eminenten technischen Interesses und nicht geringen Verständnisses für solche Fragen vielleicht auf eine geistvolle, aber umständlichere Weise zum Ziele zu gelangen versucht hatte.

„Einigkeit macht stark" heißt es hier. Alle Prioritäts- und Kompetenzeifersüchteleien mögen hier aus dem Spiele bleiben!

Hoffentlich wird es auch in nicht allzu langer Zeit dazu kommen, daß die psychiatrisch-technischen Kreise aller Nationen miteinander Fühlung gewinnen. Jedenfalls werden durch Vermittelung der erfreulicherweise immer populärer werdenden internationalen Kongresse auch die technischen Probleme in der Psychiatrie mächtig gefördert und allmählich auf ein internationales Niveau gehoben werden. Dieselben können dadurch nur an innerm Reichtum, an Allseitigkeit und formeller Vollendung gewinnen. Auf dem letzten internationalen Kongreß für Irrenpflege in Wien kam das technische Moment in schöner Weise zu seinem Recht, der Vertreter der Technik und der Psychiater nacheinander zum Wort. Es ist dies ein erfreuliches Ereignis. Denn inter**nationale** Behandlung technischer Probleme wird, vermöge der Verschiedenheit der einzelnen nationalen Individualitäten, von denen jede eine charakteristische, man könnte sagen, spezifische National-Apperzeption aufweist, eine Vielgestaltigkeit der technischen Lösungsform gewährleisten, die auch durch die intensivste Steigerung bloß in**tra**nationaler Arbeit nicht annähernd erreicht werden könnte.

Mit diesem Ausblick auf diese spätere internationale Synthese in psychiatrisch-technischen Fragen dürften diese Zeilen am würdigsten schließen.

Fussböden.

Von Med.-Rat Dr. *Max Fischer*, Wiesloch.

Die Fußbodenfrage ist für unsere Anstalten eine sehr wichtige. Der Fußboden der Anstaltsräume soll Dauerhaftigkeit, gutes Aussehen, Fußwärme, leichte Reinhaltung verbürgen und wenigstens in bestimmten Räumen eine Imprägnierung mit menschlichen Exkreten nach Möglichkeit erschweren. Daher fanden denn auch die sogenannten fugenlosen Kunstböden (Mischungen aus Stein- und Holzmaterial) in den Anstalten zuerst leicht Eingang; leider haben sie sich nicht bewährt, soviele Fabrikate auch unter den wohlklingendsten Namen im Verlauf der Zeit auf den Markt gebracht worden sind; wir zählen allein zwölf solcher Kunstbodenarten. Heute wird, zum Teil auf Grund sehr betrübender Erfahrungen, das allgemeine Urteil praktisch erfahrener Irrenärzte dahin gehen: keine Steinholzkunstböden, solange nicht ein wirklich in jeder Beziehung erprobtes Material vorliegt.

Für Tagsäle wird man Hartholzböden allen andern vorziehen, also in erster Reihe Eichenparkett oder auch Eichenriemen; die Reinhlatung erfordert allerdings große Sorgfalt. Auch einen gut verlegten Buchenboden kann man unbedingt empfehlen.

In Wiesloch hat besonders das mit Kolophonium durchpreßte Buchenparkett (von Carl Amendt-Oppenheim a. Rh.) in Tafelform Eingang gefunden und
sich sehr bewährt. Die Imprägnierung mit K[illegible]
nium macht den Boden härter, dauerhafter [illegible]
empfindlicher gegen Schmutz. Die quadrat[illegible]
50:50 cm oder auch kleiner gehaltenen Tafeln, [illegible]
einer Anzahl von durch Holzfedern zusammengeh[illegible]
Stäben bestehen und auf der Unterseite zum Sch[illegible]
gegen Feuchtigkeit mit einer Asphaltschicht [illegible]
sind, werden auf einer schalldämpfenden Sand[illegible]
lage vermittels Holzfedern zusammengefügt. Die [illegible]
einiger Benutzungsdauer, besonders unter der W[illegible]
der Zentralheizung entstehenden Schwindfugen [illegible]
leicht durch ein Zusammentreiben des lose [illegible]
Sandschicht liegenden Bodens beseitigt [illegible]
Dieser Boden sieht sehr gut aus, schmutzt [illegible]
leicht und kann durch richtige, nicht umst[illegible]
Behandlung mit Leinöl und Terpentinöl zu [illegible]
Teilen oder besser mit Bohnermasse (Par[illegible]
sehr gut rein und schön gehalten werden. [illegible]
uns mit Verlegen pro Quadratmeter 6,80 M.

Für Tagsäle, die dem Strapazieren nicht [illegible]
ausgesetzt sind, kann man sehr wohl auch Li[illegible]
(siehe unten) verwenden.

Pitchpine können wir für Irrenanstalten [illegible]
empfehlen; es ist zu weich im Holz, nimmt [illegible]
leicht an, muß dann intensiv mit Eisenf[illegible]
gereinigt werden und geht infolgedessen unver[illegible]
mäßig rasch zugrunde.

Für alle andern Krankenräume (Wach[illegible]
Schlafsäle, Einzelzimmer) geben wir je[illegible]
Linoleum in guter Qualität (Inlaid), in ein[illegible]
warmem Farbenton oder in leichtem Granitmu[illegible]
blauer, grüner oder roter Grundfarbe, entschie[illegible]
Vorzug. Nur muß es auf Zementglattstrich od[illegible]
estrich mit einwandfreiem Kopalharzkitt als [illegible]
mittel tadellos verlegt sein; die Verlegung au[illegible]
Estrich aus Gips, Torgament und dergleichen [illegible]
der unmittelbaren Auflagerung auf den Ze[illegible]
Vorteil größerer Schalldämpfung und Fußwärm[illegible]
Verbindung mit der Wand geschieht durch Dr[illegible]
holzleisten oder aber durch Torgamentleisten.

Für Isolierzimmer schlagen wir g[illegible]
Eichenparkett oder Amendtsches Buchenparkett [illegible]
fältig in Asphalt gelegt, vor, eventuell in [illegible]
festen Zimmern auch Linoleum in einem [illegible]

Bei Spülküchen, Bädern und W[illegible]
räumen wird nur Boden aus Steinzeug[illegible]
chen oder, wo dieser zu teuer ist, Terra[illegible]
Betracht kommen; letzterer kann gut oder [illegible]
in hübschem, hellem Farbenton oder in dunkle[illegible]
scheinbarer Farbe verlegt werden. Man [illegible]
daher nur mit einer guten Firma, die für [illegible]
und tadellose Ausführung Gewähr bietet. Auf [illegible]
betonunterlage haben wir noch keine Sprün[illegible]
Terrazzos erlebt. Einfache Tonplättchen sind [illegible]
zu empfehlen, da sie rasch abgenutzt werden.

Für Nebenräume kann ein tannener R[illegible]
boden genügen, für Untergeschoßräume [illegible]
putzräume etc.) auch ein Zementbetonboden.

Für Zentralwaschküchen- und K[illegible]
küchenräume wird ein guter Plättchenbod[illegible]
flach gerippten oder stark genarbten Steinzeug[illegible]

chen — der Boden mit leichtem Gefälle —, so daß einesteils allzu große Glätte vermieden, andernteils aber auch leichte Reinhaltung gewährleistet wird, immer noch am zweckmäßigsten sein. Für Waschküchen kann auch ein Boden aus Granitplatten in Betracht kommen.

Für Kesselhaus und Schlosserwerkstätte können als Bodenbelag Basaltinplatten, hartgebrannte starke Tonfliesen oder Eisenklinker empfohlen werden.

Für Stufen und Podeste der Haustreppen haben wir hauptsächlich Xylolithbelag in Platten- und Parkettform verwendet und sind damit sehr gut gefahren; das Material scheint sich gerade hierfür ganz besonders zu eignen. Das von Sening & Co. in Potschappel bei Dresden fabrizierte Xylolith, das aus einer ähnlichen Masse wie die obengenannten Steinholzböden besteht, hat vor diesen den Vorzug, daß es unter einem Druck von mehreren Atmosphären hergestellt wird, wodurch es außerordentlich widerstandsfähig wird. Die Platten — in solchen wird es an die Baustelle geliefert — werfen sich nicht, bekommen keine Sprünge, sondern bleiben der Unterlage gut angepaßt. Ein rötlicher oder grauer Ton des Materials macht sich sehr freundlich. Die Reinhaltung ist unschwierig.

Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling.

Unsere Holzgelenkmattenerzeugung.

Von Dr. *D. Steltzer.*

Wir haben außer auf den Tag- und Schlafräumen der Klassenpfleglinge Terrazzoboden, der vielfach zum Schutze gegen Kälte und Glätte Teppichläufer nötig macht. In den Baderäumen verwendeten wir beim Baden lange Zeit die sogenannten „Einbindtücher“ als Bodenbelag, später entschied sich die Direktion für den Gebrauch von Holzgelenkmatten und versuchte in ihrem Streben nach möglichstem Ausbaue der Beschäftigungsmöglichkeiten die Herstellung derselben im Eigenbetriebe, wobei sich wieder wie bei allem zeigte, daß Vollendetes nur schrittweise und nach teilweisen Mißerfolgen zustande kommt.

Eine Veranda eines Koloniepavillons wurde zur Arbeitsstätte bestimmt und mit den allernötigsten Werkzeugen ausgestattet. Ein Paranoiker, der allerlei herumbastelte, machte auf vieles Zureden die ersten Versuche an der Hand einer Vorlage, wobei anfänglich ein großes Sägewerk der Umgebung die Spangen aus hartem und weichem Holze lieferte. Der Pflegling schnitt sich daraus 7 bis 8 cm lange Stücke, bohrte sie und verband sie nach Abfeilen der Kanten mit Zinkdraht zu ganzen Matten. Die ersten kamen wohl bald von den Abteilungen zurück: sie wurden in der Nässe steif und ließen sich nach Gebrauch nicht mehr zusammenrollen, da die Hölzchen Wasser ansaugten und namentlich die Bohrlöcher dadurch zu enge wurden, als daß die Glieder sich hätten leicht bewegen lassen.

Nun wurde weiches Holz überhaupt nicht mehr verwendet, die Hölzchen wurden in weiterer Lichtung gebohrt, über acht Tage lang in kaltem Leinöle (heißes erschien uns zu gefährlich) und dann in Wasser getränkt und nach all diesen Vorbereitungen erst aneinander gereiht. Jetzt gings und die Matten wurden, wenn sie auch lange Zeit ganz durchnäßt gewesen waren, leicht zusammengelegt, nur kosteten die Holzleisten noch ein schönes Stück Geld.

Mittlerweile hatte ein anderer Pflegling Johann S. diese Arbeit übernommen, der besonderes Geschick für derlei Sachen hatte, wie er sich z. B. in der Familienpflege ganz aus Holz ein Fahrrad erbaut hatte. Der suchte nun überall nach geeignetem Materiale und fand es endlich in den leeren Laureol- und Schmalzfässern der Anstaltsregie. Diese bestehen aus bestem, hartem Holze — meist Eiche, aber auch Buche —, sind ohnehin schon von Fett durchtränkt und was die Hauptsache: sie kosten nichts! Sie wurden vorher bis auf einige, die mit Dünger und dergleichen gefüllt wurden, zerschlagen und verbrannt.

Pflegling S. erhielt nun zwei jugendliche Imbezille zum Abrichten und Helfen beigegeben; anfangs ging es wohl schwer mit ihnen, beide waren an Auffassung sehr schwach und ohne jegliche Fertigkeiten. Aber S. zeigte ihnen immer wieder, wie man hobelt, lehrte sie nach einer Geraden sägen und im rechten Winkel abschneiden, machte ihnen für die Bohrung eine eigene Führung, damit die Hölzchen ja alle in gleichem Abstande durchbohrt werden, unterwies sie, beim Auffassen der Glieder selbe nicht zu sehr aneinander zu pressen, sondern ihnen Spielraum zu gewähren usw.

Bemerkt sei, daß dabei vom Anbeginne an kein Pfleger oder Professionist überwachend oder unterweisend mitwirkte. Das erstere sollte sich rächen, indem Patient S. plötzlich aus einer wahnhaften Besorgnis entwich und 14 Tage lang in den Wäldern der Umgebung ohne Nahrung herumirrte, bis er endlich aufgegriffen wurde. Er konnte jetzt für diese freie Beschäftigung nicht mehr in Betracht kommen, aber einer seiner Schüler war doch soweit herangebildet, daß das Werk jetzt weitergeht.

Dermalen arbeiten jetzt in dieser Werkstätte vier Pfleglinge, darunter ein Idiot, der erst seit einigen Tagen es zuwege bringt, die Kanten der Hölzchen ordentlich abzuschleifen, während er früher sein Werkzeug meist schief hielt und mehr am Brette der Unterlage herumfeilte. Ein Lichtbild dieser unserer vier Patienten wäre durch die Art des Gesichtsausdruckes der Kranken ein schlagender Beweis dafür, welch anscheinend unverwendbare Pfleglinge hier nutzbringend beschäftigt werden können.

Unsere ersten Versuche datieren seit Mai 1907; seit etwa einem Jahre leistet diese unsere Fabrikation dauernd Brauchbares, wobei als Vorzüge dieses Belages in Baderäumen erwähnt seien, daß die Patienten auch barfuß gerne darauf gehen und nicht ausgleiten, daß die Matten und der Terrazzoboden leicht gründlich zu reinigen sind und schließlich der letztere auch mehr geschont wird.

Der Bedarf ist groß. Beweis dessen, daß vom 1. Oktober 1907 bis 1. Oktober 1908 laut Aufschrei-

bung in der Verwaltung 68 Stücke in allen Größen angefertigt wurden, die insgesamt 97 × 34 m² in der Fläche messen.

An Werkzeugen kommen alles in allem in Verwendung: 2 Bohrmaschinen, 1 Brustbohrer, 1 Drillbohrer, 2 Handbohrer, 2 Zwingen, 2 Feilen, 2 Hobel, 3 Handsägen, 1 Lochsäge, 1 Fuchsschwanzsäge, 1 Holzraspel, 1 Zirkel, 2 Stemmeisen, 1 Schrankeisen, 1 Bindermesser, 1 Hobelbank, 1 Schraubenzieher, 1 Streichmaß, 1 Winkelmaß, 1 Metermaß, 1 Flachzange, 2 Hämmer, 1 Pinsel, 1 Rauhbank, mehrere größere und kleinere Tische.

Der Unterzeichnete schilderte deshalb so eingehend, wie sich diese Fabrikation allmählich nach Schwierigkeiten entwickelte, wie sie sich jetzt abspielt und was dazu benötigt wird, weil er dartun wollte, daß sich diese Art von Beschäftigung mit Nutzen — auch materiellem — überall leicht einführen ließe, und weil er anderen den etwas langen Weg der Versuche ersparen wollte.

Andererseits hoffen wir, daß diese kleine Notiz Anregung zur Mitteilung für zahlreiche praktische Anstaltswinke geben möchte, um die neue Rubrik „anstaltstechnische Neuheiten und Fortschritte" der Psych. Wochenschrift recht inhaltsreich zu gestalten.

— Die patentierte und prämiierte (Goldene Medaille Fachausstellung Düsseldorf 1908) **Butterportionen-Maschine** von Herrn Eickeler in Düren (Rhld.), Prov.-Heil- und Pflegeanstalt. Mit dieser Maschine kann man, abgesehen von 90% Arbeitsersparnis und der großen Appetitlichkeit, bei Paketbutter mindestens 10% Butter sparen, ohne daß ein Mindergewicht (von 2—3 Gramm pro Portion) wahrzunehmen ist, und erstreckt sich dann die Ersparnis bei 50 Pfund Butter auf mindestens 5 M. nach Berücksichtigung von 2—3 Pf. für jedes Paket für Auspfunden. [...] diesen Vorteilen wird jeglicher Verschwendu[...] Veruntreuung vorgebeugt. Daß die Verwend[...] Paketbutter (flache, längliche, viereckige) [...] große Vorteile bietet, braucht wohl nicht be[...] werden, weil bekanntlich der Verbrauch v[...] Kübel- oder Wellenbutter sich jeder Kontr[...] zieht, während ausgepfundete Paketbutter a[...] zur Ausgabe gelangt und der jeweilige Besta[...] zu überblicken ist.

Wenn man zunächst nur die Serviett[...] Paketen bezieht, läßt sich dann durch die [...] liche Ersparnis bei Paketbutter der Bezug de[...] butter in Paketen nachträglich ermöglichen.

Der Preis der Maschine beträgt 28,50 [...] Maschine macht sich auch schon in kleinen B[...] schnell bezahlt. (In vielen Betrieben schon i[...] 14 Tagen.)

Zur Herstellung von Pfund- oder Halbpfund[...] durch die Butterlieferanten stehen geeignet[...] formen von 3 M. bezw. 2,70 M. zur Ve[...] Solche Paketbutter, in Papier eingehüllt, kost[...] 2 bis 3 Pf. mehr als Faß- oder Blockbutter, [...] fällt dieser geringe Mehrpreis den großen [...] gegenüber keinesfalls ins Gewicht, weil 50 Pfu[...] mindestens 5 M. Überschuß ergeben.

Um gefl. Einsendung von Beiträgen (auch **kleineren Umfanges) für „Anstaltstechnisch[...] heiten und Fortschritte" bittet.** Dr. B[...]

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt d[...] Carl Marhold Verlagsbuchhandl[...] Halle a. S., betr. P. J. Möbius' Schrif[...] bei, auf den wir unsere geschätzten Leser hie[...] besonders aufmerksam machen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. [...]
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

der Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift

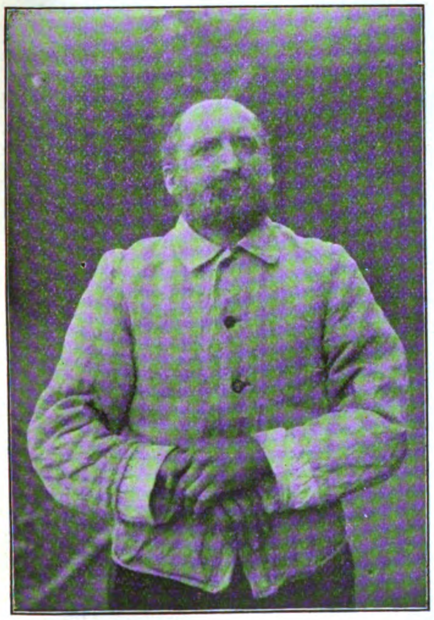
12. Dezember 1908.

Red.: Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz, Schlesien.

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.

Liste unbekannter Geisteskranker. Nr. 51 u. 52.

Nr. 51. Ist am 18. August 1908 in Duisburg auf der Straße aufgegriffen worden. Er nennt sich Stolzenfeld und ist seinem Aussehen nach zwischen 50 und 60 Jahren alt.





Nr. 52. Wurde am 14. August 1908 verwahrlost auf der Straße aufgegriffen und dem Polizeigewahrsam in Borbeck zugeführt. Sie gibt ihren Namen (Frau Franz Pinkowski, Katharine geb. Just) richtig an, ist 49 Jahre alt, macht aber im übrigen völlig konfuse Angaben.

Angaben, welche zur Ermittelung der Herkunft obiger Personen dienen, sind an die Direktion der Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt zu Grafenberg bei Düsseldorf zu richten.

Zehnter Jahrgang. Nr. 39. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

Herausgegeben von

Prof. Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Direktor Dr. **Beyer**, Roderbirken bei Leichlingen. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Oberarzt Dr. **Deiters**, Grafenberg. Staatsinspektor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Oberarzt Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin). Med.-Rat Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden). Hofrat Dr. **Friedländer**, Hohemark. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Berlin. Direktor Dr. **Herting**, Galkhausen (Rheinland). Oberarzt Dr. **Ilberg**, Großschweidnitz (Sachsen). Direktor Dr. **Kluge**, Potsdam. Med.-Rat Dr. **Kreuser**, Winnenthal (Württemberg). Direktor Dr. **Lehmann**, Lindenhof. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Gand (Belgien). Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Wien. Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Direktor Dr. **Vocke**, Eglfing bei München. Prof. Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Hamburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**

Lublinitz (Schlesien).

Inhalt:

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der Provinzial-Idiotenanstalt in **Schleswig** ist zu sofort oder später die Stelle des zweiten

Arztes (Oberarztes)

zu besetzen. Pensionsfähiges Anfangsgehalt 3000 M. bei vollständig freier Station. Bewerber mit mehrjähriger psychiatrischer Vorbildung wollen ihre Gesuche mit Lebenslauf und Zeugnissen richten an **den Direktor.**

An hiesiger Anstalt ist die Stelle einer

II. Oberpflegerin

zum 1. Januar 1909 zu besetzen. Anfangsgehalt 600 M. und freie Station II. Klasse. Die Anstellung erfolgt zunächst auf Probe. Gesunde, in der Irrenpflege bereits erfahrene Bewerberinnen wollen ihre Bewerbungen mit Zeugnissen, Lebenslauf und ev. Photographie einsenden an die Direktion der Herz. Landes-Heil- u. Pflegeanstalt **Hildburghausen** (S.-Meiningen).

An der neu eröffneten Landesirrenanstalt in **Teupitz** (Mark), Bahnstation Teupitz-Groß-Köris an der Görlitzer Bahn, ist zum 1. Januar 1909 die Stelle eines

Arztes

zu besetzen. Nach sechsmonatiger befriedigender Dienstführung ist definitive Anstellung mit Pensionsberechtigung und Reliktenversorgung zu erwarten. Für die Probezeit erhält ein Unverheirateter 1800 bezw. 1900 M. und völlig freie Station I. Klasse, ein Verheirateter 2500 bezw. 2600 M. nebst Dienstwohnung, bei Anstellung Anfangsgehalt 3600 M., rechnend vom 4. Jahre nach der Approbation, alle drei Jahre um 400 M. steigend. Vom 7. Dienstjahre ab Beförderung zum Oberarzt zu erwarten mit 4500 bis 6000 M. Meldungen sind zu richten an den **Direktor der Landesirrenanstalt in Teupitz (Mark).**

Die Stelle eines

Assistenzarztes

an der hiesigen Irrenanstalt ist **sofort** anderweit zu besetzen.

Anfangsgehalt 1500 M. steigend nach je 2 Jahren bis 2700 M. neben Emolumenten im Werte von 1500 M.

Meldungen sind zu richten an den Direktor Geh. Medizinal-Rat Dr. Sander.

Dalldorf b. Berlin, den 4. Dez. 1908.
Direktion der städtischen Irren-Anstalt.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien)
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823

Nr. 39 | 19. Dezember. | 1908

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Otto Ludwigs „Der Erbförster" in kriminalpsychologischer Beleuchtung.

Von stud. med. *Kurt Boas* in Freiburg i. Br.

Kaum ein zweites Trauerspiel der deutschen Literatur des 20. Jahrhunderts ist vom kriminalpsychologischen Standpunkte so interessant wie Otto Ludwigs bürgerliches Trauerspiel „Der Erbförster".

Bevor wir die Kriminalpsychologie in diesem Stücke näher erörtern, seien uns zuvor einige Worte über die für den Kriminalpsychologen interessantesten Stücke der Weltliteratur verstattet. Bei den Dramen der alten Griechen und Römer, soweit sie auf uns gekommen sind, läßt sich von Kriminalpsychologie nicht reden, aus dem einfachen Grunde, weil die griechische dramatische Technik im Sinne Gustav Freytags eine eigentliche Schuld nicht kennt. Das einzige im griechischen Trauerspiel verwendete Motiv, uns den Untergang des Helden menschlich zu erklären, ist die „ὕβρις", der Übermut, das zu starke Selbstvertrauen auf die eigene Kraft und die Verachtung der Götter. Die ὕβρις ist es, die Patroklus, die auch Achilles umkommen läßt, und Homer deutet dies, wenn auch in seiner unbeholfen-naiven Form, an. Aber in den meisten Tragödien sehen wir doch Helden auftreten, die entweder überhaupt unverschuldet in den Tod gehen oder deren Fehltritt im Verhältnis zur Strafe uns lächerlich gering erscheint. Beides findet in dem Fatalismus seine Erklärung. Ödipus muß seinen Vater töten — man kann mit Homer sagen, *Διός δ'ἐτελείετο βούλη* (es geschah durch Zeus' Entschluß) —, er muß seine Mutter heiraten, ein fluchwürdiges Geschlecht erzeugen, eben weil ihm die Parzen, die Schicksalsgöttinnen, nicht hold waren. Daraus geht schon hervor, wie falsch es ist, von Ödipus' Schuld sprechen zu wollen. Können wir denn überhaupt bei Ödipus von einer freien Willensbetätigung reden, mußte nicht vielmehr alles so kommen und um kein Haar anders? Der Mensch ist nach antiker Anschauung ein blindes Werkzeug, ein Spielball in den Händen der Götter, lehrte der Stoizismus, und ganz dieselbe Auffassung tritt uns in den Dramen des Äschylos, Sophokles und Euripides als den Kindern ihrer Zeit entgegen.

Wir sehen also: die Helden des griechischen Trauerspiels handeln nicht aus sich heraus, ihre Handlungsweise ist nicht durch ihren Charakter bedingt — eine der wichtigsten Forderungen, die wir Modernen an den Dichter stellen —, sie tappen vielmehr im Dunkeln umher, sie irren und begehen schließlich Fehler über Fehler und müssen sie mit dem Tode büßen.

Das wäre ungefähr das Schema des klassisch-antiken Dramas.

Die ersten Ansätze menschlicher Motivierung finden sich bei Shakespeare. Kein übelwollender Gott, kein Fatum ist es, das Cäsars Untergang besiegelt oder gar will, er selbst, sein unermeßlicher Ehrgeiz und sein Streben nach der Königsherrschaft verschuldet seinen Untergang. Wir sehen also, daß Shakespeares Helden freie, d. h. selbstbestimmende Charaktere sind, die keinerlei äußerem Zwange unterworfen sind und daher nur sich selbst ihren Untergang zuzuschreiben haben. Ob ihr Fehltritt größer oder kleiner, in unseren Augen verzeihlicher oder unverzeihlicher ist, ist in diesem Augenblick gleichgültig. Eine Schuld aber hat jeder.

Mit dem Augenblick, wo wir von Selbstbestimmung der Charaktere reden können, fängt die Schuldfrage, fängt auch die Kriminalpsychologie an. Wir sehen z. B. Macbeth mehrere einflußreiche Männer, die seinen Herrschergelüsten im Wege stehen, beiseite schaffen. Während nun oberflächliche Naturen sich damit begnügen, diese Tatsache und ebenso die seines verdienten Todes festzustellen, lädt sozusagen die Kriminalpsychologie den betreffenden Helden vor ihr Forum und erörtert das pro und das contra

des Angeklagten. Dabei ergeben sich dann oft überraschend viel Punkte, die — nicht für den Angeklagten sprechen, das wäre entschieden zu weit gegangen — uns aber seinen Fehltritt menschlich erklären. Selbst mit einem so verabscheuenswerten Charakter wie Richard III. empfinden wir Mitleid, wenn es von ihm heißt (König Heinrich VI., Akt 3, Szene 2):

„Viele werden noch die Stunde, die dich gebar, bejammern,
Die Eule kreischte da, ein übles Zeichen,
Das Leichhuhn schrie, ein Laut voll böser Ahnung.
Der Sturm riß Bäume nieder, Hunde heulten,
Der Rabe kauzte sich auf Feueressen,
Und Elstern schwatzten in mißhelligen Weisen.
Mehr als der Mutter Wehen fühlte deine
Und keiner Mutter Hoffnung kam ans Licht.
Ein roher mißgeformter Klumpe nur,
Nicht gleich der Frucht von solchem wackern Baum.
Du hattest Zähne im Kopf bei der Geburt,
Zum Zeichen, daß du kämst, die Welt zu beißen,
Und ist das andere wahr, was ich gehört,
Kennst du —

Gloster:

Nichts weiter! Stirb,
Prophet, in deiner Rede."

Er erstickt ihn und fährt dann fort:

„Ja es ist wahr, wovon mir Heinrich sprach,
Denn öfters hört ich meine Mutter sagen,
Daß ich zur Welt die Beine vorwärts kam.
Was meint ihr, hatt ich keinen Grund zur Eile,
Die unser Recht sich angemaßt, zu stürzen?
Die Wehemutter staunt', es schrien die Weiber:
„Hilf Jesus! Zähne bringt er auf die Welt!"
Die hatt' ich auch, das zeigte klärlich an,
Ich sollte knurren, beißen wie ein Hund!"

„In alten Zeiten galten besondere Naturerscheinungen als üble Zeichen für die kreißende Mutter und ihr Kind", meint v. Winckel*) mit Recht. Dieser Satz kann dahin erweitert werden, daß der plötzliche Eintritt bedenklicher Naturereignisse den alten Völkern als unheilvolles Zeichen galt. So erzählt z. B. Tacitus in seinen Historien von einem furchtbaren Ungewitter, das der Ermordung Galbas vorausging und naturgemäß nach seinem Tode mit der Tat in einen vielleicht noch so lockeren ursächlichen Zusammenhang gebracht wurde. Noch deutlicher zeigt uns das der Bericht des Evangeliums Matthäi über die Natur- und sonstigen Phänomene bei Jesu Hinrichtung. Es heißt daselbst (XXVII, 45):

„Und von der sechsten Stunde an ward eine Finsternis über das ganze Land bis zur neunten Stunde."

*) v. Winckel, Shakespeares Gynäkologie. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge, 1906, N. F. Nr. 441 (Gynäkologie, Nr. 160).

Und weiter unten (51 bis 53):

„Und siehe da, der Vorhang im Tempel zerriß in zwe Stücke, von oben an bis unten aus,

Und die Erde erbebete, und die Felsen zerrissen, und die Gräber taten sich auf, und standen auf viel Leiber der Heiligen, die da schliefen,

Und gingen aus den Gräbern nach seiner (sc. Jesu) Auferstehung, und kamen in die heilige Stadt, und erschienen vielen."

Derselbe Bericht findet sich wörtlich bei Markus (XV, 33, 38) und Lukas (XXIII, 44 bis 45), ein Beweis für seine Authentizität.

Nach dieser Abschweifung zurück zu den oben angestellten Betrachtungen über den „Menschen" Richard III. Wir sehen, wie er von seiner Geburt an verspottet zugleich und verachtet wurde, wir hören, daß er in anormaler Weise*) zur Welt kam, weiter vernehmen wir aus seinem Munde das Geständnis seiner Häßlichkeit. Kein Mensch mag ihn ansehen, selbst der Hund bellt ihm nach, wenn er sich auf der Straße sehen läßt.

Menschlicher noch berührt uns dieser Charakter, wenn wir ihn sozusagen für die heutige Zeit ins Menschliche übersetzen. War Richard III. für seine Zeit nichts Typisches, so ist er heute für eine ganze Kategorie unglücklicher Menschenkinder typisch. Für uns vertritt Richard III. den Typus des unehelichen Kindes. Dabei sehen wir von seiner Häßlichkeit, die Shakespeare zur Quelle all jener Scheußlichkeiten werden läßt, ab. Auch dem unehelichen Kinde ist so ein Leben beschieden wie Richard. Es möchte sich aus dem elenden sozialen Milieu erheben und doch sinkt es immer wieder, ja noch mehr in den Sumpf zurück, um schließlich ganz darin unterzugehen. Wie leicht wird da der Mann zum Zuhälter, Bettler oder Verbrecher, die Frau zur Dirne und Kupplerin! Solange sie es können, bleiben sie ehrlich und gehen ehrlicher Arbeit nach, aber wenn keiner sie mehr mag und sie aus der menschlichen Gesellschaft ausgestoßen sind, betreten sie die Bahn des Verbrechens. Es ist statistisch erwiesen, daß der größte Teil der Verbrecher unehelicher Abkunft ist.

Wir sehen also, es läßt sich unschwer eine Parallele zwischen dem Lebenswandel Richards und des unehelichen Kindes in unseren Tagen ziehen, aus dessen Ungunst sich folgerichtig der Hang zum Verbrechen ergibt.

Bewegt sich daher Shakespeare noch immer in mancher Hinsicht in den Bahnen seiner Vorgänger, so ist es die Tendenz späterer Dichtergenerationen gewesen, diesen Einfluß der Antike abzustreifen und

*) cf. v. Winckel, l. c.

das Fatum ganz und gar hinter den Charakter zurücktreten zu lassen, während es bei Shakespeare fast immer und auch noch bei Schiller (Wallensteintragödie), Grillparzer („Die Ahnfrau"), Platen („Die verhängnisvolle Gabel") u. a. eine mehr oder weniger bedeutsame Rolle spielt. Diese Loslösung von der Regel kommt der Psychologie zugute: jetzt, wo man das Fatum ausschaltet, muß der Dichter den Helden mit Charakterzügen ausstatten, die uns seinen Untergang begreiflich machen.

Die kriminalpsychologische Betrachtung Schillerscher Werke als erster vorgenommen zu haben, ist Wulffens*) Verdienst. Er hat den Charakter Franz und Karl Moors in eigenartiger Weise zu beleuchten gewußt. Beide stellt er als Degenerationsprodukte hin. Schon der Vater, den Wulffen mit vollem Recht dem König Lear zur Seite setzt, ist schwachsinnig, somit sind seine Söhne bereits belastet. Auf die nähere Deutung dieser Charaktere brauche ich wohl an dieser Stelle nicht einzugehen.

Sodann hat Boas**) eine Parallele zwischen Goethes „Götz von Berlichingen" und Kleists „Michael Kohlhaas" zu ziehen versucht.

Endlich haben Wulffen***) und Weygandt†) noch Gerhart Hauptmanns „Rose Bernd" und Ibsens „Nora" vom kriminalpsychologischen Standpunkte betrachtet und haben an diese beiden Kindesmörderinnentypen den Maßstab des geisteskranken Weibes angelegt.

Merkwürdigerweise hat bisher ein Trauerspiel, das eine wahre Fundgrube in kriminalpsychologischer Hinsicht genannt zu werden verdient, nicht die gebührende Beachtung gefunden. Da das Stück heute leider nicht mehr zu den Stücken gehört, die „man gesehen haben muß", um als gebildeter Mensch zu gelten, so sei eine kurze Inhaltsangabe des „Erbförsters" vorausgeschickt.

Dem reichen Fabrikherrn Stein dient der Förster Christian Ulrich, „im ganzen Tal der Erbförster genannt", weil er die Stelle von seinem Vater und Großvater ererbt hat, in uneigennützigster Weise. Während 40 Jahre hat er ihm treu gedient und sich nie etwas zu schulden kommen lassen. Nur manchmal ist es zu kleinen Reibereien gekommen, aber durch Steins Nachgiebigkeit kam das gute Einvernehmen, das ehedem zwischen ihnen geherrscht hat, wieder zustande und heute ist der langersehnte Tag gekommen, an dem ganz Dusterwalde die Hochzeit von Steins einzigem Sohn Robert mit Ulrichs Tochter Marie feiern will. Alle Vorbereitungen sind getroffen, die Gäste feierlich zu empfangen, böse Ahnungen der Braut werden verscheucht, und endlich soll das Hochzeitsmahl beginnen. Vorher bietet Ulrich Stein eine Partie Karten „zur Revanche" an. Stein unterliegt, während Ulrich Stich auf Stich gewinnt. In der Hitze des Spieles kommt man auf das Durchforsten zu sprechen. Stein sagt in befehlendem Tone: „Es wird durchforstet", während Ulrich ebenso bestimmt meint: „Es wird nicht durchforstet". Stein läßt sich schließlich vom Zorne so weit hinreißen, daß er ohne ein Wort die Försterwohnung verläßt. Sein beflissener Diener Möller, der von vornherein gegen die Partie als eine Mesalliance war, wird von ihm beauftragt, dem alten Beamten mitzuteilen, er solle entweder nachgeben oder er habe von Stund an aufgehört, Förster von Dusterwalde zu sein. Der Erbförster meint darauf, sein Herr könne ihn gar nicht absetzen, es sei denn, er weise ihm etwaige Verfehlungen oder Veruntreuungen im Dienst nach. Stein selbst weiß, was für einen tüchtigen und pflichttreuen Beamten er an seinem Förster hat. Aber diesmal, meint er, kann er seiner Würde nichts vergeben, „es hilft ihm nichts, er muß kommen", obgleich er einsieht, daß Ulrich durchaus im Recht ist. Es kommt ihm nur darauf an, zu zeigen, daß Ulrich sein Untergebener sei, mithin alle seine Befehle blindlings, selbst wenn sie gegen sein eigenstes Interesse seien, auszuführen habe. Dem erhitzten Brausekopf gießt der Herr Pastor Öl in die siedenden Wogen, er überzeugt ihn, daß er nicht richtig gehandelt habe und will die Versöhnung in die Wege leiten. Aber all seine Überredungskunst scheitert an der Starrköpfigkeit Ulrichs. Er will nicht das ihm „als Pension" angebotene verdoppelte Gehalt annehmen — lieber will er verhungern, als ein Schurke sein, und nicht einmal die Vorstellungen seiner Frau können ihn davon abbringen. Möller hatte zugleich den Auftrag von Stein bekommen, im Falle der Weigerung Ulrichs dem „Buchjäger", einer verrufenen Kreatur, der all sein Geld vertrunken hatte, dessen Stelle anzubieten. Obgleich Ulrich das weiß, hält er sich nicht für abgesetzt. Im Gegenteil, er

*) Wulffen, Kriminalpsychologie und Psychopathologie in Schillers Räubern. Carl Marhold, Halle 1907.

**) Boas, Kriminalpsychologisches in Goethes „Götz von Berlichingen" und Kleists „Michael Kohlhaas". Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 1908, Nr. 21.

***) Wulffen, Gerhart Hauptmanns „Rose Bernd" vom kriminalistischen Standpunkte. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen, Bd IV, H. 3. Carl Marhold, Halle 1906.

†) Weygandt, Die abnormen Charaktere bei Ibsen. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, Bd. L. Wiesbaden 1906.

trifft seine Anordnungen nach wie vor und betraut seinen Sohn Andres mit der Ausführung derselben. Derselbe stößt im Forst auf den Buchjäger mit seinen Leuten, die damit beschäftigt sind, Ulrichs mühsames Lebenswerk zu zerstören. Als Andres ihnen Einhalt gebietet, wird er ausgezogen und „wie ein Holzdieb" vergewaltigt. (Alles dies geschieht hinter der Bühne. Die Vorgänge werden folgendermaßen angedeutet.)

Andres: Und sagte: Was will der Kerl?

Förster (mit starker Stimme): Andres!

Andres: Vater —

Förster: Und du? Weiter, weiter.

Andres: — Hat da Pflanzen aus meinem Forst in der Hand? (Leise): Haltet mir den Holzdieb, den Pflanzenstehler!

Förster (kleine Pause): Und die —

Andres: Hielten mich.

Förster: Und Du —

Andres: Es waren zu viel — mein Wehren half mir nichts.

Förster (der den Kampf mitkämpft): Half nichts; es waren sechs über einem.

Andres: Ich war wütend, wie ich sah, was er wollte. Sie zogen mich — aus. Ich sagte, er sollte mich erschießen, sonst wollt ich ihn, wenn er mich lebendig gehen ließe. Dazu lacht' er. Die — mußten — mich — halten —

Förster (springt auf): Und der —

Andres (widerstrebend, flehend): Vater —

Förster: Und der hat —

Andres: Hat —

Förster (schwach): Hat —

Andres (außer sich): Vater, ich kanns nicht sagen. Das hat mir noch kein anderer getan auf der Welt.

Förster (tiefatmend): Stille jetzt. Sags hernach — Andres. — — — Andres — er hat dich — ich habs nie, — und ein Fremder — ein — sag nichts, Andres — ich versteh dich.

Ich schildere diese Situation mit des Dichters eigenen Worten, um gleich daran Betrachtungen anzuknüpfen hinsichtlich des Buchjägers. Er wird uns allgemein als ein unsympathischer, vertrunkener Kerl geschildert, der, wie Möller meint, trotz aller Bemühungen seiner Gönner nicht auf den grünen Zweig gelangen will. Frei, ein Wilddieb — und darum ist auf sein Urteil nicht viel zu geben —, meint von ihm:

Und wenn der Erbförster den Buchjäger vornimmt, so kann ihm niemand was anhaben drum; d e n n d e r B u c h j ä g e r h a t d i e e h r l i c h e n L e u t e i n s Z u c h t h a u s g e b r a c h t, w e n n s i e g e s t o h l e n h a t t e n.

Der Buchjäger erfreut sich also nicht des besten Leumunds. Er ist chronischer Alkoholist; sowie er Geld hat, vertrinkt er es, und die reichliche Bestallung als Förster, die ihm Möller überbringt, verführt ihn zum Trinken. In den zweimal 24 Stunden, in denen das Stück spielt, können wir seinen Aufenthalt genau verfolgen. Am ersten Tage etwa können wir die Absetzung Ulrichs annehmen und die Ernennung des Buchjägers an seiner Stelle, am nächsten kommt er frühmorgens total betrunken mit sechs Holzhauern in den Wald und zerstört Ulrichs Anpflanzungen weniger aus Übermut als in der Trunkenheit. Dann begeht er an Andres das Sittlichkeitsverbrechen, über das er zu Möller folgende vage Andeutungen macht:

„Vorgehabt, vorgehabt, den hab ich vorgehabt, wißt Ihr? von wegen gestern*), wißt Ihr? und von wegen der Galle auf seinen Alten, wißt Ihr? Ihr wißt nichts, wißt Ihr? Seinen weißen Katzenbart, der Alte, soll er zerbeißen vor Wut, wenn er hört —

Möller: Aber was mögt Ihr nur mit dem Andres angestellt haben.

Buchjäger: Was? Nichts. Werdets zeitig genug erfahren. Was? Durst, Durst, das ist mein Jammergeschrei, das ist mein Siechtum, das ist mein Elend, das ist mein Gichtbruch, daran muß ich noch umkommen in meinen jungen Jahren."

Es drängt sich nun die Frage der Zurechnungsfähigkeit des Buchjägers auf. Dabei gilt es in erster Linie den Alkoholkonsum des Rechtsbrechers festzustellen. Hier zeigt sich gleich die unter anderen von A s c h a f f e n b u r g**) und mir***) hervorgehobene Schwierigkeit, den Alkoholgenuß auch nur ungefähr anzugeben. Das eine steht fest, daß der Alkoholgenuß zur Ursache außerordentlich vieler Roheitsverbrechen wird. K u r z†) hat darauf hingewiesen, daß von 1115 Körperverletzungen 742 im Wirtshause begangen wurden; dagegen nur 86 im Wohnhause, 98 auf der Straße, 87 bei der Arbeit und 102 an unbekannten Orten.

Es wäre falsch, wenn auch modern, beim Buchjäger Homosexualität annehmen zu wollen und ihn damit entschuldigen zu wollen. Vielmehr liegt hier die Sache ähnlich wie in zwei von E. M e y e r††)

*) Dies Moment wird im Stück nicht weiter erwähnt!

**) Aschaffenburg, Alkohol und Zurechnungsfähigkeit. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform, 1907, Bd. IV, p. 422.

***) Boas, Alkohol und Unzurechnungsfähigkeit. Ebenda, p. 698.

†) Kurz, Zur Prophylaxe der Roheitsdelikte. Ebenda, Bd. II, p. 27.

††) E. Meyer, Aus der Begutachtung Marineangehöriger. Archiv für Psychiatrie, Bd. 39, Heft 2.

berichteten Fällen. In dem einen hatte ein alkoholintoleranter Fähnrich zur See zwei Attentate auf minderjährige Mädchen verübt. Er befand sich nach dem Genuß mehrerer Flaschen Sekt im Zustande des pathologischen Rausches. Nach dem Attentat völlige Amnesie. Freisprechung auf Grund des § 51 D. St. G. B. In einem zweiten Falle handelte es sich gleichfalls um einen Fähnrich, der beschuldigt worden war, im Rausch unzüchtige Manupulationen an schlafenden Matrosen vorgenommen zu haben. Auch hier lag übermäßiger Sektgenuß vor. Der Angeklagte wurde allerdings erst in zweiter Instanz auf Grund von § 51 freigesprochen.

Bekannt ist es ferner aus den neueren Arbeiten von Geill*), Leppmann**), Aschaffenburg***), Hoffmann†) und Dannemann††), welche außerordentliche Rolle der Alkoholgenuß in der Genesis des Sittlichkeitsverbrechens spielt. So fand z. B. Geill die in nebenstehender Tabelle angegebenen Verhältnisse.

Was speziell die Sittlichkeitsverbrechen an Personen gleichen Geschlechts betrifft, so fand Geill, daß von den Männern, die sich der Unzucht mit Individuen gleichen Geschlechts schuldig gemacht hatten, 4 = 33 % Alkoholiker waren. Leppmann fand, daß bei 38 von 90 Sittlichkeitsverbrechern (42,2 %) der Alkohol in Anschlag kam. In 24 (26,7 %) aller Fälle konnte Gasthausbesuch unmittelbar vor der Tat festgestellt werden.

Wie reimen sich nun diese psychiatrischen Er-

Zahl und Art der Sittlichkeitsverbrechen	Chronische Alkoholisten	Davon zur Zeit der Tat berauscht	Nicht Trunksücht.	Von d. Nicht-trunksüchtig. z. Z. der Tat berauscht
19 Notzucht an Erwachsenen	14 = 16,38 %	12	5	4 = 21,05 %
4 Unzucht mit Mädchen unter 16 Jahren (Notzucht, Blutschande)	38 = 51,35 %	25	—	12 = 16,22 %
12 Unzucht mit Individuen gleichen Geschlechtes	4 = 33 %	1	—	—
10 Exhibitionisten	1 = 10 %	—	—	3 = 30 %

fahrungen mit dem vorliegenden Falle? Wir sehen einen geistig minderwertigen Menschen, dem alle Welt das Schlimmste zutraut, ein Unzuchtsverbrechen begehen. Der Täter hat nach Begehung der Tat volle Erinnerung, wie aus seinen oben zitierten zu Möller gemachten Andeutungen hervorgeht. Hieraus könnte man leicht schließen, daß der Buchjäger wohl angetrunken, jedoch nicht sinnlos betrunken war, so daß wir die freie Willensbestimmung als nicht getrübt ansehen müssen. Und dieser Schluß ist zweifellos richtig, wenn man folgende Erwägungen anstellt. Der Haß des Buchjägers auf den Erbförster hat sich naturgemäß auch auf seinen Sohn Andres übertragen. Zudem liegen noch andere, vom Dichter angedeutete Motive vor, die den Buchjäger zur Tat bestimmen.

Also die Vornahme des Verbrechens besteht bereits und das Verbrechen selbst wird sozusagen ausgelöst, als Andres sich im Forste sehen läßt (eine ungesetzliche Handlung, da sein Vater nach dem Gesetz bereits abgesetzt ist; aber der Erbförster hatte ja Andres in seiner Eigenschaft als Forsteleve ausdrücklich den Auftrag erteilt) und es zu einem erhitzten Wortgefecht kommt. Und mit der charakteristischen Feigheit des Trinkers vergreift sich nun der Buchjäger, der diesmal in der Übermacht ist, an Andres.

(Schluß folgt in einer der nächsten Nummern.)

*) Geill, Alkohol und Verbrechen in Dänemark. Der Alkoholismus, 1904, I, 203. Kriminalanthropologische Untersuchungen dänischer Sittlichkeitsverbrecher. H. Groß Archiv, 1905.

**) Leppmann, Die Sittlichkeitsverbrecher. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. 1905, Bd. 29, p. 277 und Bd. 30, p. 34.

***) Aschaffenburg, Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. II, 6—7.

†) Hoffmann, Defloration einer Schlafenden? Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1906, 23.

††) Dannemann, Zur Genese und Prophylaxe der Sittlichkeitsverbrechen. Sommers Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, 1908, II, 559.

Mitteilungen.

— **Fortbildungskurse für Anstaltsärzte in München 1908.** Die zahlreichen Anmeldungen zu dem vom Verein für Psychiatrie bisher in Berlin veranstalteten Fortbildungskursus hat dieses Jahr zu einer Teilung desselben gezwungen und zwar wurde zum ersten Male ein ebensolcher Kursus an der Universität München vom 3. bis 21. November abgehalten, zu welchem sich neun Teilnehmer eingefunden hatten.

Die Verteilung des Unterrichtsstoffes erfolgte mit Ausschluß der Psychiatrie in Anlehnung an die

früheren Berliner Kurse, jedoch mußte mit Rücksicht auf das schon begonnene Studiensemester eine unliebsame Veränderung des aufgestellten Stundenplans eintreten.

In der mit 16 Stunden angesetzten inneren Medizin wurde von Priv.-Doz. Dr. Meyer in fesselnder Weise die Diagnose und der moderne Standpunkt in der Nosologie verschiedener Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Gicht) und ausgewählter Herz-, Lungen- und Nierenerkrankungen, unterstützt durch Krankendemonstrationen, vorgetragen. Auch wurde auf Wunsch eine Anzahl syphilitischer Exantheme etc. kursorisch vorgeführt.

Die pathologische Anatomie kam in 16 (statt der angesetzten 20) Stunden zum Vortrag und zwar behandelte Prof. Dr. Dürck die Erkrankungen des Nerven- und Gefäßsystems; für die wichtigen syphilitischen Gefäßveränderungen kam u. a. eine Kollektion prägnanter schöner Photographien zur Demonstration, die besonderer Erwähnung verdienen. Ferner wurde der neueste Standpunkt in der Geschwulstlehre mit besonderer Berücksichtigung der Krebsfrage behandelt. Die Demonstration konservierter wie frischer Präparate (Priv. Doz. Dr. Rösler) führte zu einer Menge weiterer Fragen.

Die anfangs zu theoretisch gehaltenen Vorträge in der Chirurgie (18 St.) verband später Priv. Doz. Dr. Gebele auf die geäußerten Wünsche hin mit einer größeren Anzahl von Demonstrationen. Neben den verschiedenen Anästhesierungsmethoden kamen bei der Besprechung natürlich auch u. a. die moderne Asepsis und Stauungsbehandlung zu ihrem Recht. So lebendig Herr Dr. G. seine Vorträge unter Berücksichtigung auch schwierigerer Operationen zu gestalten wußte, so wäre doch manchem die Vorführung einer Operation nach durchaus modernen Prinzipien oder dergl. willkommen gewesen, die leider aber mit Rücksicht auf das Studiensemester unterbleiben mußte.

Eine Anzahl der wichtigsten Bilder spinaler und zerebraler Erkrankung mit besonders klarer Betonung der differential-diagnostischen Merkmale brachte Priv.-Doz. Dr. Kattwinkel in der mit 14 Stunden angesetzten Nervenheilkunde. Leider wurde der Kurs später vereinigt mit dem einige Tage später begonnenen sogen. Kraepelinschen Kursus, so daß die Hörerzahl auf etwa 50 anschwoll. Wurde hierdurch die in den übrigen Kursen gegebene Möglichkeit, einzelne Fragen oder Wünsche zu äußern, durch die Rücksicht auf die übrigen Hörer eingeschränkt, so zeigte doch der am Schluß gegebene allgemeine Beifall, welches Interesse der Vortragende erweckt hatte. Trotzdem zahlreiche differente Krankheitsfälle vorgestellt werden konnten, dürfte die hohe Wichtigkeit, welche die Materie für die Psychiater besitzt, eine Vermehrung der Vortragsstunden auf 20 geraten erscheinen lassen.

In 14 Stunden behandelte ferner Professor Dr. Dieudonné die wichtigsten Kapitel aus der Hygiene, die Bekämpfung der Infektionskrankheiten, besonders des Typhus und der Tuberkulose, Wohnungs- und Ernährungshygiene sowie das schwierige Kapitel der Immunitätslehre, der Serumdiagnostik und -Therapie. Ferner leitete oder vermittelte er die mannigfachen Besichtigungen des Schlachthauses, der Münchener Kanalisationsanlage, des Volksbades, des Arbeitermuseums und einer Desinfektionsanlage im Garnisonlazarett.

Was die Aufstellung des Stundenplans betrifft, so begannen die Vorlesungen entgegen dem anfänglichen Prospekt täglich um $^{1}/_{2}$12 Uhr, so daß der Vormittag zur freien Verfügung stand, während jeder Nachmittag bis zum Abend besetzt war. Opportuner dürfte es für einen späteren Kursus sein, im Wechsel mit einzelnen Nachmittagen die Vormittage besser auszunutzen, um so die Zeit weiteren Interessen zugänglich zu machen, andererseits aber auch den gelegentlichen Besuch der Theater nicht zu erschweren.

Wenn man früher den Wunsch geäußert hat, um Zeit zu praktisch-bakteriologischen Übungen zu gewinnen, die Kursdauer von drei auf vier Wochen zu erhöhen, so erscheint uns diese Begründung nicht ganz glücklich. Wer von den Anstaltsärzten sich dauernd mit Bakteriologie abgeben will (für eine gelegentliche Beschäftigung mit ihr bietet sie zu viel der möglichen Fehlerquellen), wird auch in den während vier Wochen zur Verfügung stehenden Stunden nicht genügend profitieren. Dagegen scheint eine weitere Ausdehnung der Demonstrationen frischer pathologisch-anatomischer Präparate, leichterer Nervenkranker u. a. sowie die Besichtigung noch weiterer Krankenanstalten mit den modernen Pflegehilfsmitteln recht erwünscht.

In äußerst dankenswerter Weise hatte uns Herr Prof. Dr. Kraepelin die Besichtigung der Klinik für Geisteskranke sowie der Anstalt Eglfing (letztere unter der mehrstündigen Führung ihres Direktors) ermöglicht, und auch die übrigen Herren sind den mannigfachen Wünschen nur in der liebenswürdigsten Weise entgegengekommen; gleichwohl aber würde es für die Teilnehmer in Zukunft sehr wertvoll sein, in München eine Zentralstelle zu wissen, an welche man mit seinen Wünschen und der Bitte um Ratserteilung herangehen darf, und welche auch in einer den speziellen Zweck des Kursus fördernden Weise die verschiedenen Wünsche gegenseitig zu regulieren imstande ist.

Nicht zuletzt müßte man noch anheimgeben, für einen künftigen Kursus in München nicht den November, sondern den Oktober zu wählen, da dieser (von der Witterung ganz abgesehen) den durch die Semesterarbeiten noch weniger in Anspruch genommenen Dozenten eine größere Bewegungsfreiheit gewährt. Kellner-Untergöltzsch.

— **Giessen.** Der II. internationale Kurs der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie findet unter Leitung von Prof. Sommer in Gießen vom 13.—18. April 1909 statt. Außer dem genannten werden vortragen Prof. Mittermaier und Dannemann (Gießen) sowie Prof. Aschaffenburg (Cöln). Vorläufige Anmeldungen ohne bindende Verpflichtung an Professor Dannemann (Gießen). Prof. Dr. Sommer.

— **82. ordentliche Generalversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz** am 14. November 1908.

Am Vorstandstisch Oebeke, Pelman, Thomsen, Umpfenbach, Westphal. Der Vorsitzende Pelman begrüßt als Gast Herrn Dr. Hilbers-Voburg (Holland). Er widmet dann einen Nachruf den Herren Dr. Koch-Zwiefalten und Dr. Ulrich-Eberswalde. Er erinnert aus Anlaß des 50jährigen Todestages Jacobis an dessen Verdienste um die Psychiatrie.

Durch Akklamation werden in den Verein aufgenommen die Herren Brandt-Merzig, Großmann-Grafenberg, Linke-Grafenberg, Storck-Merzig. Herr Herting-Galkhausen berichtet kurz über seine Aufnahme als Delegierter des Vereins auf dem Internationalen Kongreß für Irrenpflege zu Wien.

Vorträge. Herr A. Westphal-Bonn stellt eine Kranke vor, bei der sich im Anschluß an die Geburt eine eklamptische Psychose entwickelt hat. Nach Ablauf der akuten Erscheinungen traten nun agraphische, aphasische und apraktische Symptome auf sowie höchst eigenartige Störungen des Vorstellens und Erkennens, ohne daß sich sichere Symptome für ein organisches Leiden nachweisen ließen. Die Erscheinungen sind in der Rückbildung begriffen unter methodischen Übungen, durch welche die Kranke die Lücken ihres Gedächtnisses ergänzt. Im Anschluß daran und im Gegensatz hierzu stellt W. den Fall vor, den er in der 78. Versammlung demonstriert hat. Es handelt sich dabei um einen älteren Mann, bei dem im Anschluß an ein Trauma Erscheinungen von Seelenblindheit und sensorischer Aphasie aufgetreten sind, die heute noch bestehen. Er führt die Erscheinungen auf eine Blutung im linken Hinterhauptslappen zurück.

An der Diskussion beteiligen sich die Herren Kölpin, Mohr, Thomsen.

2. Herr Foerster-Bonn. Demonstration eines Falles von infantilem Myxödem. Das zehnjährige Mädchen, welches aus gesunder Familie stammt, befindet sich in der ersten Klasse der Bonner Hilfsschule, welcher Foerster als beratender Arzt zur Seite steht. Es kann kleine Druckschrift lesen und mit Zahlen bis 20 operieren. Von Jugend auf besteht eine abnorme Entwicklung des Panniculus adiposus am ganzen Körper. Unter dem Kinn lassen sich wulstige Hautpartien abheben. Der elektrische Widerstand der Haut ist wesentlich erhöht. Die Schilddrüse läßt sich nicht palpieren; auch im Röntgenbild ist keine substernale Struma zu sehen. Als Degenerationszeichen findet sich Asymmetrie des Gesichtes und sechs Zehen am linken Fuß. Das Blutbild ergab nichts besonderes. Das Kind ist abnorm klein, aber bedeutend schwerer, als seinem Alter entspricht. Mongoloide Idiotie und Lipomatose werden ausgeschlossen. Vortragender hält es für einen Fall von infantilem Myxoedem, bei dem er eine Thyreoidkur einleiten wird, über deren Erfolg er später berichten will.

3. Herr Mohr-Coblenz sprach über Infektionskrankheiten in Anstalten für Geisteskranke. Die Tuberkulose ist im ganzen in Irrenanstalten erheblich häufiger als unter der freien Bevölkerung, wenngleich dies von manchen bestritten wird. Besonders gefährdet sind die Melancholischen, Erschöpfungspsychosen und die sehr chronisch verlaufenden Fälle. Gründe für die höhere Tuberkulosemortalität: nur zum Teil der Anstaltsaufenthalt (und vielleicht hereditäre Beziehungen zwischen Tuberkulose und Psychosen), zum größten Teil die Eigentümlichkeiten der Psychosen selbst. Betreffs des Typhus lassen sich (wie übrigens auch betr. anderer Infektionskrankheiten) gewisse Fragen der Bakteriologie und Epidemiologie gerade in Anstalten in besonders klarer Weise bearbeiten und lösen, wie die bisherigen Beobachtungen über Bazillenträger beweisen. Freilich ist mit der Entstehung der letzteren noch lange nicht alles restlos erklärt. Ruhr, Cholera und Influenza wurden vom Vortragenden nur kurz gestreift und einige epidemiologisch interessante Fälle angeführt. Was die Bekämpfung der Infektionskrankheiten anbelangt, so käme bei der Tuberkulose vor allem die Isolierung in Frage. Einzelisolierung empfiehlt sich indes mit Rücksicht auf die ungünstige psychische Wirkung nicht, große Tuberkulose-Anstalten, wie sie von englischen und auch von deutschen Autoren schon gefordert worden sind, haben vielerlei Bedenken gegen sich, am ehesten würden größere Tuberkulosepavillons im Anschluß an eine Anstalt allen Forderungen gerecht. Weiter wäre nötig möglichst frühzeitige Diagnose der Tuberkulose unter Heranziehung der neueren Methoden, regelmäßige Untersuchung aller verdächtigen Fälle, genauere Fragestellung in den Fragebogen, Untersuchung des neueintretenden Pflegepersonals, Einführung der obligatorischen Meldepflicht auch für Erkrankungen an Tuberkulose. Bei der Typhusbekämpfung gilt es vor allem 1. gegen die Entstehung von Bazillenträgern, 2. gegen diese selbst vorzugehen. Mittel ad 1.: Schonung und Vorbeugung von Gallenblasenerkrankungen, ad 2.: Versuch mit einer Kombination von Urotropin und gallensauren Salzen bezw. getrockneter Galle, ferner alle gegen Gallenblasenerkrankungen vorgeschlagenen Maßnahmen. Solange indes kausal noch wenig zu erreichen ist, käme (außer event. täglicher Säuberung des Darmkanals unter antiseptischen Kautelen) nur Isolierung und Operation in Frage. Die Bedenken gegen erstere sind dieselben wie bei der Tuberkulose und lassen sich am ehesten in der Weise wie in Bunzlau (Erbauung eines eigenen Pavillons für Bazillenträger) lösen. Die Operation aber muß, solange noch nicht mit absoluter Sicherheit die Gallenblase als der ausschließliche Aufenthaltsort der Bazillen bei Bazillenträgern nachgewiesen ist, zurzeit auf die Fälle mit schweren und offenkundigen Gallenblasenleiden beschränkt bleiben. Die auf Verlangen der Angehörigen erfolgende Entlassung von geistig noch nicht gesunden Bazillenträgern ist der Heimatbehörde mit einem Hinweis auf das Bestehen von Bazillenausscheidungen anzuzeigen.

Zum Schlusse wurden noch einige allgemeine For-

derungen aufgestellt: keine Überfüllung, ein gutes Isoliergebäude, mindestens ein bakteriologisch geschulter Arzt für jede Anstalt, größere Einheitlichkeit in der Abfassung der Anstaltsberichte.

(Eigenbericht.)

Diskussion: Landerer spricht sich gegen die chirurgische Behandlung der Bazillenträger aus. Medikamentöse Versuche, die in Andernach gemacht werden, aber noch nicht abgeschlossen sind, lassen erkennen, daß die Paratyphusbazillenträger hartnäckiger gegen die Therapie sind wie die Typhusbazillenträger.

Peretti hält die Zahl der Tuberkulose-Todesfälle in den rheinischen Anstalten nicht für so groß, daß eigene Tuberkulose-Häuser gebaut werden müßten. Er macht auf den nachteiligen Einfluß aufmerksam, den die Bettbehandlung oft auf den Verlauf der Tuberkulose hat. Die Isolierung der Bazillenträger hält er praktisch nicht für durchführbar. Ein Mittel, um gesund gewordene Bazillenträger in der Anstalt zurückzuhalten, gibt es nicht.

Rusak fordert bessere Ausbildung des Personals in der fortlaufenden Desinfektion.

Oebeke macht darauf aufmerksam, daß wir bazillentragendes Personal weder isolieren noch in der Anstalt halten können. Anzeige beim Bürgermeisteramt hat bei der Freizügigkeit dieser Leute wenig Zweck.

4. Herr Sioli-Bonn: Histologische Befunde bei Dementia praecox. Vortragender hat 20 Fälle von Dementia praecox mikroskopisch untersucht. Er kommt zu folgenden Schlüssen. Bei allen Fällen bestand ein Zerfallsprozeß im Gehirn, welcher sich zeigt 1. in einer allgemeinen Erkrankung der Ganglienzellen mit Vermehrung des scharlachfärbbaren Körpers in ihnen und mit völliger Atrophie und Verschwinden einzelner, so daß leichteste Grade von Schichtstörung resultieren, 2. in der Bildung von erheblichen kernfreien Zonen um Gefäße, in denen in einigen Fällen Zerfallsmassen nachweisbar sind, im Auftreten von Abbauprodukten (scharlachfärbbarer Fettkörper, pigmentfrei oder pigmentimprägniert, und protagonoide Stoffe), die sich in adventitiellen Gefäßscheiden anhäufen und die Gefäßwand durchsetzen. Die Gefäße sind frei von Infiltration, ebenso die Pia; die Glia beteiligt sich lebhaft an dem Prozeß durch Vermehrung ihrer Zellen um Ganglienzellen und Gefäße, durch vermehrte Gliafaserbildung an der Oberfläche in der ersten Rindenschicht, in der tiefen Rinde und im Mark, durch Vergröberung ihres Protoplasmas und in einigen Fällen durch Umwandlung in amöboide Glia im Mark. Letztere Fälle sind es, in denen in den kernfreien Zonen besonders Zerfallsprodukte angehäuft sind. Sie scheinen klinisch akuten Krankheitsschüben, offenbar unter katatonen Symptomen, zu entsprechen.

Der interessante Vortrag wurde durch neun mikroskopische Präparate, mehrere Mikrophotographien und Abbildungen anschaulich erläutert.

5. Herr Wegert-Cöln: Schädeltrauma und Gehirnverletzung. Vortragender berichtet über drei selbstbeobachtete Fälle von Gehirnverletzung nach Trauma mit tödlichem Ausgang. Allen Fällen — es handelte sich um chronische Alkoholisten — gemeinsam war das Fehlen äußerer wesentlicher Verletzungen. Es fand sich regelmäßig Benommenheit, in einem Falle Pulsverlangsamung. Erbrechen oder Stauungspapille fehlten. In zwei Fällen konnte die Diagnose gestellt werden. Bei den Sektionen fanden sich ausgedehnte Zerstörungen von Gehirnsubstanz.

Redner bespricht dann die psychischen Störungen nach Kopftrauma an der Hand der Krafft-Ebingschen Einteilung und die Dementia post-traumatica. Auf Grund seiner Fälle macht er auf das Mißverhältnis aufmerksam, das sich oft zwischen der Schwere des Traumas und den Folgezuständen findet.

Diskussion: Herr Schlachtendahl.

6. Herr Aschaffenburg-Cöln: Die preußische Gebührenordnung und die Sachverständigen. Herr A. bespricht in fesselnder Weise die Handhabung der Gebührenordnung, bei der wir Psychiater sehr schlecht wegkommen (Vorbesuche etc.). Er erläutert das Mißverhältnis zwischen den Gebühren der ärztlichen und anderen z. B. chemischen Sachverständigen. Er ermahnt dringend auf der Hut zu sein, weil auch mit der geplanten Neuordnung des Gebührenwesens gerade die Psychiater nicht zufrieden sein können.

Peretti bestätigt die Ausführungen an der Hand eigener Erfahrungen. Lückerath-Bonn.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 40. 1908.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,** Lublinitz (Schlesien).

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der neu eröffneten Landes-irrenanstalt in **Teupitz** (Mark), Bahnstation Teupitz-Groß-Köris an der Görlitzer Bahn, ist zum 1. Januar 1909 die Stelle eines

Arztes

zu besetzen. Nach sechsmonatiger befriedigender Dienstführung ist definitive Anstellung mit Pensionsberechtigung und Reliktenversorgung zu erwarten. Für die Probezeit erhält ein Unverheirateter 1800 bezw. 1900 M. und völlig freie Station I. Klasse, ein Verheirateter 2500 bezw. 2600 M. nebst Dienstwohnung, bei Anstellung Anfangsgehalt 3600 M., rechnend vom 4. Jahre nach der Approbation, alle drei Jahre um 400 M. steigend. Vom 7. Dienstjahre ab Beförderung zum Oberarzt zu erwarten mit 4500 bis 6000 M. Meldungen sind zu richten an den **Direktor der Landes-irrenanstalt in Teupitz (Mark).**

Privatirrenanstalt Pfullingen in Württemberg.

An hiesiger Anstalt (4 Aerzte, 480 Kranke) ist auf 1. Februar 1908 die Stelle des

Oberarztes

zu besetzen. Lebensstellung. Mehrjährige psychiatrische Tätigkeit Bedingung. Anfangsgehalt **3000 M.**, steigend alle 2 Jahre um 600 M., außerdem völlig freie Station I. Kl. Für Verheiratete besondere Vereinbarung. Bewerbungen an die Direktion erbeten.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 40. 26. Dezember. **1908.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die neue Landesirrenanstalt in Teupitz.*)

In der Sitzung vom 2. März 1904 hatte der brandenburgische Provinziallandtag den Provinzialausschuß zum Abschluß eines Vertrages über den Grunderwerb für die neue Landesirrenanstalt und zur Herbeiführung der zu ihrer Errichtung notwendigen Vorarbeiten ermächtigt, wobei er die Notwendigkeit anerkannte, daß bei der Auswahl des Ortes den Geisteskranken und ihren Angehörigen aus den Vororten Berlins gebührend Rechnung zu tragen sei. Der Provinzialausschuß hat sich hierauf in der Sitzung am 3. Juni 1904 unter den zahlreichen Angeboten für dasjenige der Stadtgemeinde Teupitz im Kreise Teltow entschieden.

Dieses Städtchen ist durch eine Kreisschaussee mit dem nur 4 km entfernten Bahnhofe Teupitz — Groß-Köris verbunden, von welchem der Görlitzer Bahnhof in Berlin in 50 Minuten zu erreichen ist. Ebenso günstig ist die Verbindung nach den weiter entfernt von Berlin durch die Görlitzer Bahn mittelbar oder unmittelbar erreichbaren Ortschaften, da der Bahnhof Halbe nur 6 km von dem Anstaltsgebiet entfernt ist und zu ihm gleichfalls eine Kreisschaussee führt.

Die Erwerbung von Grund und Boden in Teupitz war unter sehr günstigen Bedingungen möglich; die Stadt hat hierfür einen Beitrag von 50000 M. übernommen; der Kaufpreis stellte sich auf durchschnittlich nur 210 M. für den Morgen. Es wurde zunächst erworben eine Fläche von insgesamt 133 ha; davon sind Ackerland 41 ha, Holzung (Wald und Heide) 64 ha, Weidefläche 16 ha, Unland 1—2 ha, Wasser (Tietschen-See) 10 ha. Zur Abrundung der Grundfläche sowie zur Erbauung des Wärterdorfes wurden später noch einige Hektar hinzugekauft, so daß der gesamte Anstaltsgrundbesitz nunmehr beträgt: 142 ha, 68 a und 62 qm, für welche die Provinz aus eigenen Mitteln insgesamt 93665 M. hat aufwenden müssen.

Das Anstaltsgelände erstreckt sich im allgemeinen von Süd-Ost nach Nord-West; es wird gegen Nord-Osten von der Landstraße begrenzt, die von Teupitz über einen Höhenrücken nach dem Bahnhof Halbe führt. An diese Straße legt sich ungefähr vom Kirchhofe der Stadt Teupitz an nach Süd-Osten hin eine Hochebene, die zur Bebauung wie geschaffen erschien, und von der sich das Gelände allmählich zum tiefgelegenen Tietschen-See absenkt. Die südwestliche Grenze verläuft etwas unterhalb dieses Sees, der also gänzlich vom Anstaltsgelände eingeschlossen ist und vorzügliche Gelegenheit zur Errichtung einer Badeanstalt geboten hat. An der nordwestlichen Grenze erhebt sich der „Jesen-Berg", der einen prächtigen Ausblick auf die Stadt Teupitz und den etwa 3000 Morgen großen Teupitz-See mit der ihm vorgelagerten Seenkette und dem auf schmaler Landzunge liegenden Schloß Teupitz, sowie auf die waldigen Höhenzüge der Solms-Baruther und der Königlichen Forst bietet.

Mit dem Reiz der malerischen Lage des Geländes verbindet sich der Vorzug der günstigsten gesundheitlichen Lebensbedingungen, da neben dem Schutz gegen rauhe Winde durch die großen Wald- und Seengebiete ozonreiche Luft und Staubfreiheit gegeben sind.

Die Anstalt wurde erbaut nach den Plänen und unter Oberleitung des Landesbaurats Prof. Goecke; als ärztlicher Berater wirkte sowohl bei Aufstellung des Programms wie bei der Ausführung des Baues der Direktor der Anstalt Dr. Knörr mit, während die örtliche Leitung des Baues in den Händen des Landesbauinspektors Lang lag. Das allgemeine Pro-

*) Mit Genehmigung des Herrn Landeshauptmanns der Prov. Brandenburg, Wirkl. Geh.-Rat Freiherrn v. Manteuffel, erfolgter Abdruck der amtlichen Beschreibung der Anstalt; leider konnten wegen Raummangels nur die wichtiger scheinenden Ansichten und Grundrisse reproduziert werden, und sei wegen der übrigen auf das elegant ausgestattete Original hingewiesen. Für die gütige Überlassung des Materials spricht die Redaktion dem Herrn Landeshauptmann der Provinz Brandenburg auch an dieser Stelle den besten Dank aus.



Aufnahmehäuser (B und A).

gramm für die Errichtung der Anstalt vom 18. Februar 1905 lag dem Provinziallandtag in seiner Tagung vom Februar 1905 vor; nach diesem Programm wurde der Bauplan im einzelnen entworfen und danach der Bau seit Juli 1905 in enger Fühlung und ständigem Einvernehmen zwischen Architekt und Arzt ausgeführt.

Im ersten Jahre wurden lediglich die Bauten errichtet, welche zur Unterbringung des umfangreichen Baubureaus und einer größeren Anzahl von Beamten und Angestellten notwendig waren; außerdem wurde das für den Bau notwendige Wasserwerk in Angriff genommen. Auch im zweiten Baujahr schritten die Bauten nur langsam fort, da Arbeitskräfte bei der entlegenen Lage des Baugeländes und der Schwierigkeit der Unterkunft in der kleinen Stadt Teupitz nur schwer herangebracht werden konnten. Es wurden nur die Verwaltungs- und Wirtschaftsgebäude errichtet. Erst im dritten Baujahr ermöglichte der Bauarbeiterausstand und die darauffolgende Lahmlegung des Baumarktes in Berlin das Heranziehen genügender Arbeitskräfte, so daß in diesem dritten Baujahr fast alle Krankenhäuser, die landwirtschaftlichen Bauten und das Wärterdorf fertiggestellt werden konnten. Im vierten Baujahre wird nur noch der innere Ausbau der Pensionäranstalt zu erledigen sein.

Die Anstalt ist im Pavillonstil errichtet; sie besteht aus der Hauptanstalt für 1050 Kranke der III. und IV. Verpflegungsklasse und aus der Pensionäranstalt für 150 Kranke der I. und II. Verpflegungsklasse. Haupt- und Pensionäranstalt sind räumlich durch eine kleine Kiefernschonung getrennt, stehen aber unter derselben ärztlichen und administrativen Leitung.

Die Hauptanstalt weist folgende Krankengebäude auf:

A) 2 Aufnahme- und Überwachungshäuser für je 50 ruhige Kranke;
B) 2 Aufnahme- und Überwachungshäuser für je 50 unruhige Kranke;
C) 2 Siechenhäuser für je 140 Kranke;
D_1) 1 Überwachungs- und Verwahrungshaus für kriminelle männliche Kranke;
D_2) 1 Überwachungshaus für 50 unruhige, zerstörungssüchtige Frauen;
E) 2 Häuser für je 60 halbruhige Kranke, vorwiegend Epileptiker;
F) 2 Häuser für je 65 ruhige, verblödete Kranke;
G) 1 Lazarettgebäude, für Männer und Frauen gemeinsam, für 40 Männer und 40 Frauen;
H) 4 offene Landhäuser für je 40 Kranke.

Die Krankenhäuser sind alle doppelgeschossig' mit Ausnahme der Landhäuser; sie enthalten sowohl im Erdgeschoß wie im Obergeschoß 1 Krankenstation und zwar die Häuser A, B, D, E, F, G je 1 Station, die C-Häuser in jedem Geschoß je 2 Stationen.

Die Pensionäranstalt besteht aus A) zwei Aufnahmehäusern für je 25 Kranke, B) einem für beide Geschlechter gemeinsamen Lazarett für 25 Herren und 25 Damen und C) zwei Landhäusern für je 25 Kranke. Auch diese Häuser sind sämtlich doppelgeschossig: in jedem Geschosse befindet sich eine Krankenstation für je 12 oder 13 Kranke.

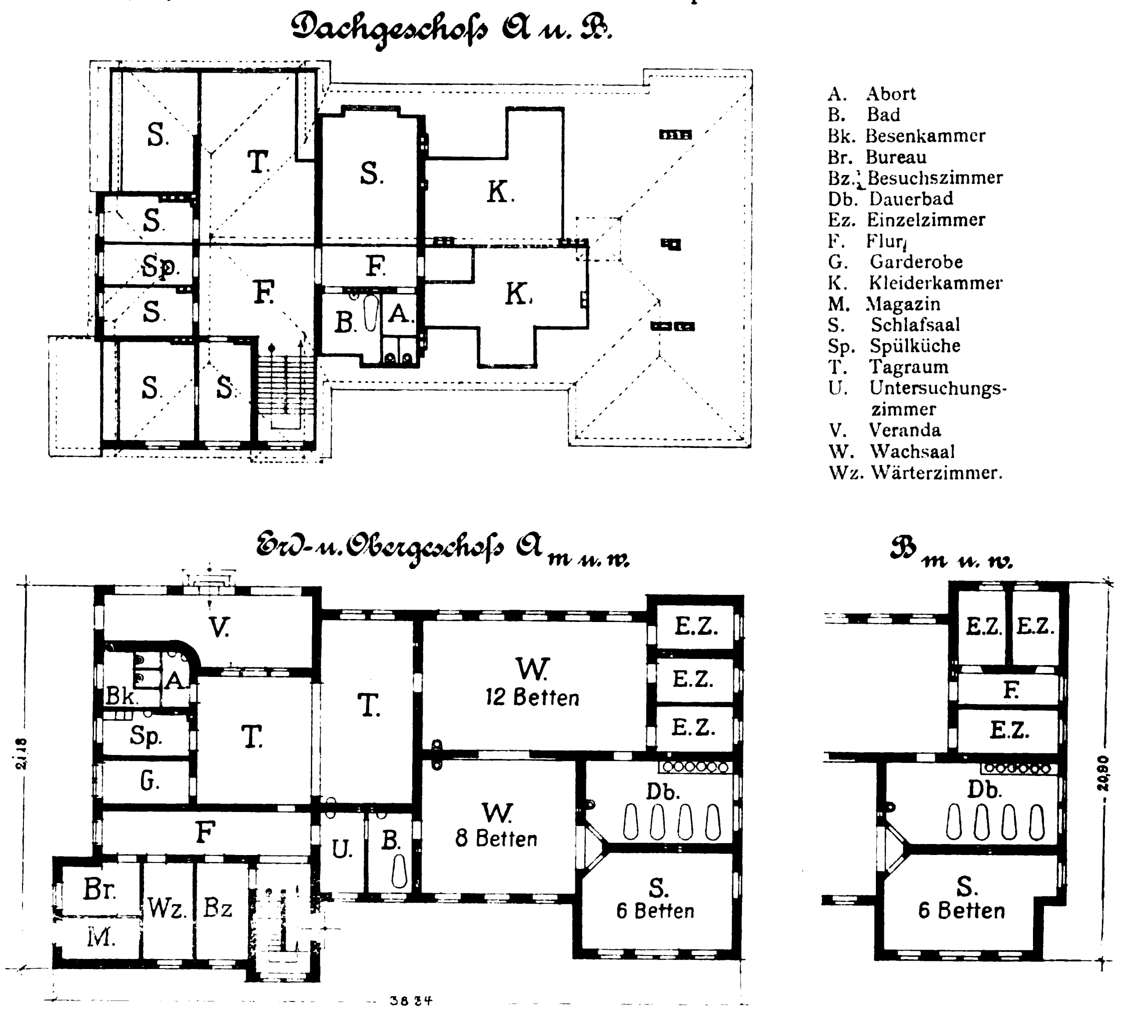
Die innere Anordnung der wichtigsten dieser Krankenhäuser ist ersichtlich aus den beigegebenen Grundrissen. In den A-Häusern befinden sich in dem ausgebauten Dachgeschoß sehr behagliche Räume für die Nachtwachen; es sind Vorkehrungen getroffen, daß die Nachtwachen, welche unter tags schlafen müssen, ungestört die Ruhe genießen können. In den B-Häusern ist das Dachgeschoß in derselben Weise ausgebaut, es sind dadurch Erholungsräume geschaffen für das dienstfreie Wartepersonal, welches auch dort schlafen kann, sobald es für die Nacht entbehrlich ist.

Das Lazarett bedarf einer kurzen Erläuterung; wie aus dem Grundriß ersichtlich ist, befindet sich in der Mitte des Hauses der Operationssaal mit seinen Nebenräumen sowie für Frauen- und Männerabteilung je ein chirurgisches Verband- und Untersuchungszimmer; daneben ist je ein Einzelzimmer, das zur Aufnahme operierter Beamter oder Angestellter dienen soll. Zu beiden Seiten des Operationssaales befindet sich eine Krankenstation, bestimmt zur Aufnahme körperlich Kranker, besonders pflegebedürftiger Siecher, Operierter usw. An beiden Giebeln befindet sich ein kleiner eingeschossiger Anbau; dieser dient zur Aufnahme von Kranken mit Infektionskrankheiten und hat 3 Einzelzimmer, Badezimmer, Klosett, Zimmer für den Arzt und Wärterzimmer. Sollte die Anstalt von einer größeren Epidemie heimgesucht werden, so kann ohne weiteres der an diesen Flügel stoßende Wachsaal zur Aufnahme der Kranken hinzugenommen werden; es sind reichlich Einzelzimmer vorhanden, ein großer Wachsaal und eine schöne Liegehalle mit prachtvoller Aussicht auf den Tietschen-See und die angrenzenden Waldungen. Im Dachgeschosse befinden sich Krankenzimmer für das Wart- und Dienstpersonal sowie die Wohnung für eine Oberin.

Was die einzelnen Krankengebäude betrifft, so wurde auf möglichste Vermeidung überflüssiger Unterkellerungen gesehen; Keller sind nur da entstanden, wo sie zur Aufnahme der Heizung und der

Kohlenvorräte nötig waren. In den Siechenhäusern und im Lazarett sind außerdem im Kellergeschoß Wascheinrichtungen mit Trockenanlage hergerichtet worden; im Lazarett außerdem alle erforderlichen Einrichtungen zur gründlichen Desinfektion der gebrauchten Wäsche, sowie 2 Baderäume zum Gebrauch medizinaler Bäder.

für Dauerbäder befindet sich außerdem stets ein Mischbecken, in welchem das Wasser zum Nachgießen in die Badewanne gemischt wird; auf diese Weise bleibt der Wasserhahn der Badewanne während des Bades stets verschlossen. Außerdem befindet sich in jedem Badezimmer wie auch in allen Wachsälen ein Spülklosett.



Aufnahme- und Überwachungshäuser A (Männer), A (Frauen) und B (Männer), B (Frauen).

Die Decken der Häuser sind durchweg Massivdecken, teils Eisenbetondecken, teils Hohlsteindecken; der Fußboden hat Linoleumbelag auf Gipsestrich. In den Baderäumen, welche eine 2 Meter hohe Wandbekleidung in Heliolitputz erhalten haben, sind als Fußbodenbelag Fliesen verwendet, ebenso in den Klosetts und Spülküchen, während die Flure Terrazzo-Fußboden haben. In den Isolierzimmern ist Stabfußboden in Asphalt gelegt.

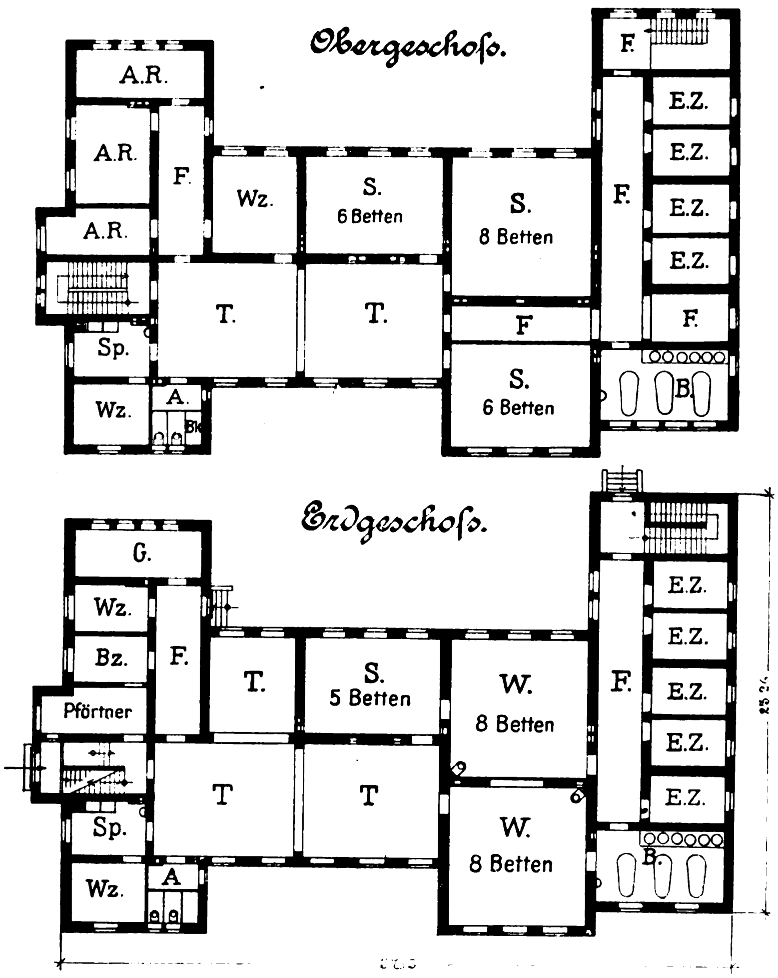
In den Baderäumen sind durchweg gußeisern-emaillierte Wannen aufgestellt worden; in den Räumen

In allen Krankenräumen sind Doppelfenster vorhanden; die Häuser A, B, C und G der Hauptanstalt und A und G der Pensionäranstalt haben Drehfenster und keine Vergitterung, die Häuser E und D 2 haben ein leichtes an dem Fensterrahmen angeschraubtes Gitter, die Häuser F sowie alle Landhäuser haben gewöhnliche Fenster, welche von den Kranken selbst geöffnet werden können. Nur das Haus D 1 hat entsprechend seinem Charakter als Verwahrungshaus für Kriminelle starke eingemauerte Gitter; auch ist der Garten dieses Hauses mit einer

4 Meter hohen Mauer versehen, während die Gärten der übrigen Häuser mit einem 1,50 Meter hohen gefälligen Drahtzaun umgeben sind. Die Landhäuser haben keine Umzäunung.

An Gebäuden für allgemeine Kranken- und Verwaltungszwecke sind folgende vorhanden.

Das Verwaltungsgebäude, dessen Front parallel zur Chaussee liegt, von welcher die Anfuhrwestlichen Flügel des Verwaltungsgebäudes ist das Direktorwohnhaus angebaut, wodurch die Annehmlichkeit entstand, daß das Dienstzimmer des Direktors mit dessen Wohnung in unmittelbarer Verbindung steht. Entsprechend dem Direktorwohnhaus ist dem Verwaltungsgebäude an seinem südöstlichen Flügel ein Ärztewohnhaus angefügt für 2 Ärzte und 1 Oberwärter.

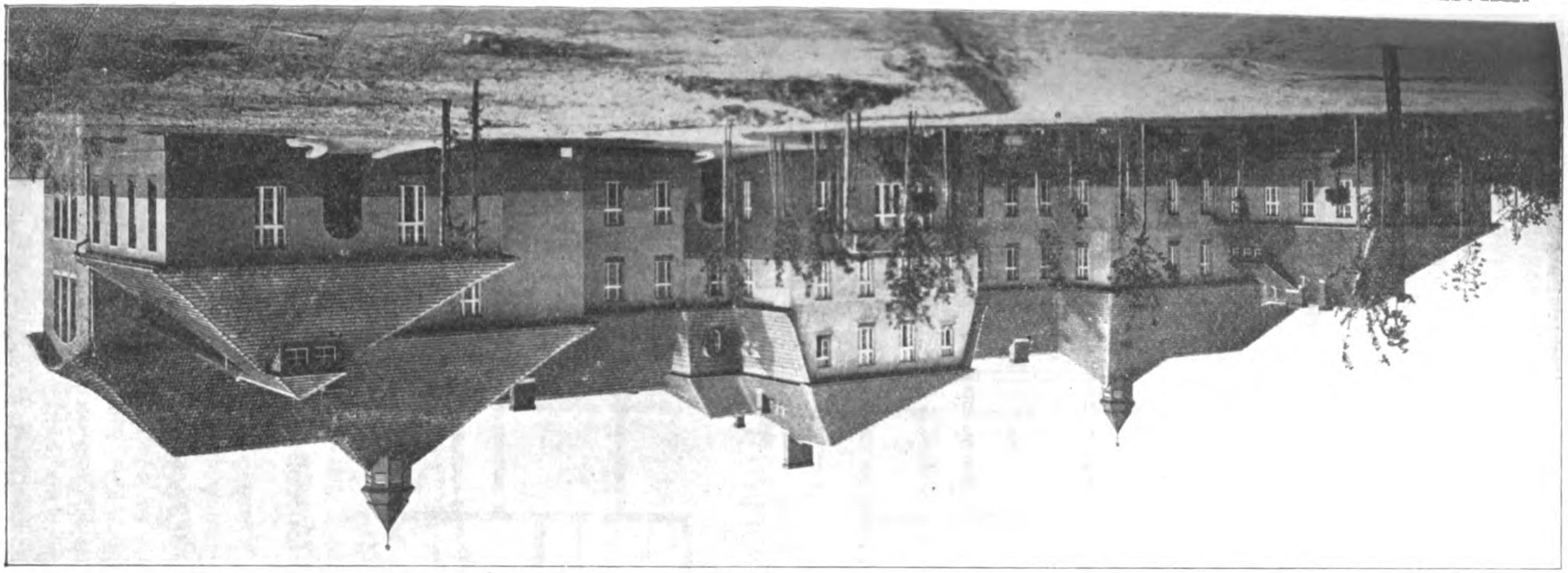


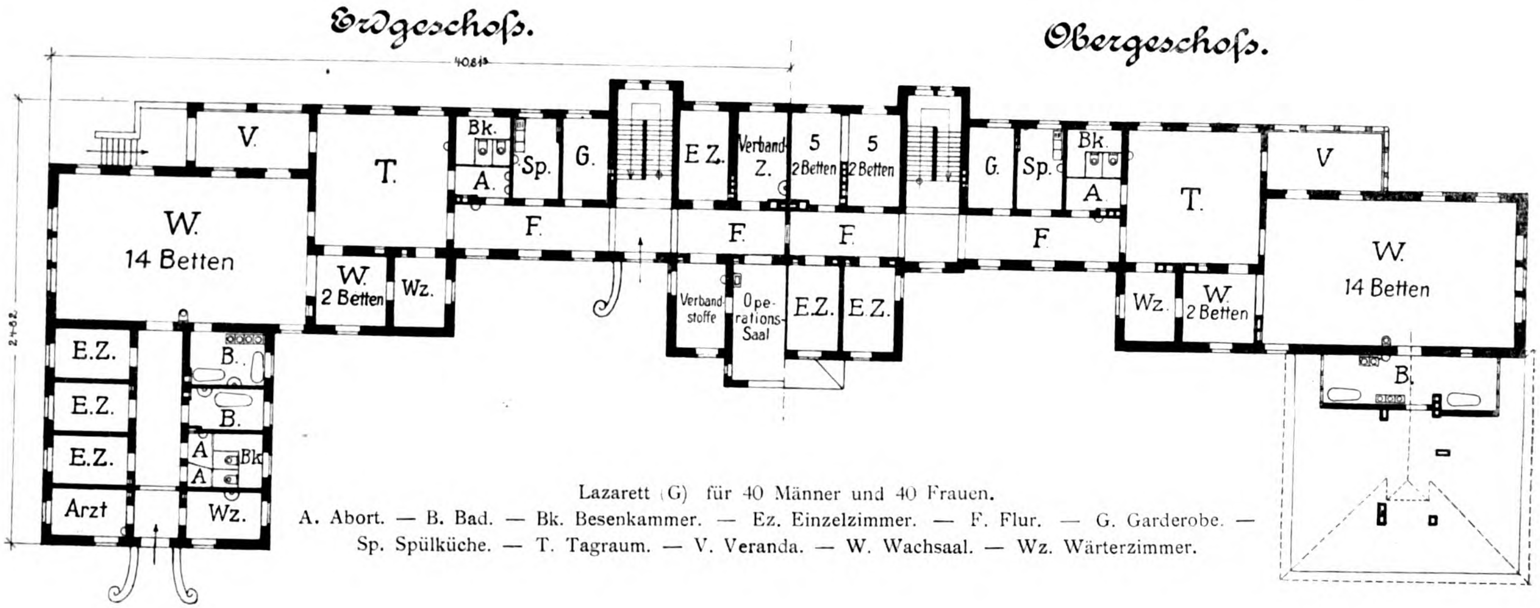
A. Abort
Ar. Arbeitsraum
B. Bad- und Waschraum
Bk. Besenkammer
Bz. Besuchszimmer
Db. Dauerbad
Ez. Einzelzimmer
F. Flur
G. Garderobe
K.Z. Kleiderzimmer
S. Schlafsaal
Sp. Spülküche
T. Tagraum
W. Wachsaal
Wz. Wärterzimmer.

Überwachungs- und Bewahrungs-Haus für kriminelle männliche Kranke D_1.

wege durch Gartenanlagen auf eine vorgelagerte Rampe führen. Im Verwaltungsgebäude befinden sich im Erdgeschoß zu beiden Seiten einer hellen, mit Kaminen geschmückten Halle die ärztlichen Dienstzimmer, Beratungszimmer, Laboratorien und Apotheke, Bücherei, Aufnahmezimmer und Besuchszimmer, die Kasse und Bureauräume, Kommissionszimmer und eine Assistenzarztwohnung. Im Obergeschoß ist im Mittelbau der Betsaal, in beiden Seitenflügeln je eine Oberarztwohnung. Dem nord-

Das Küchengebäude mit Festsaal ist im Mittelpunkte der Anstalt auf der Achse zwischen Männer- und Frauenseite gelegen. Im Kellergeschoß befindet sich außer Kellerräumen die Bäckerei; diese enthält 1 Etagen-Wasserheizungsbackofen mit 2 herausziehbaren Herden von je 3,25 m Länge und 1,63 m Breite und mit einem Brötchenaufsatzapparat. Ein Elektromotor treibt die Teigmisch- und Knetmaschine mit herausfahrbaren Trögen und die Teigteilmaschine zum Teilen des Teiges für Weißwaren; eine Mehl-



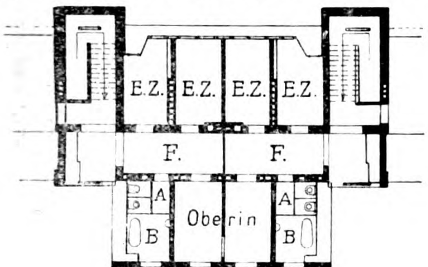


Lazarett (G) für 40 Männer und 40 Frauen.

A. Abort. — B. Bad. — Bk. Besenkammer. — Ez. Einzelzimmer. — F. Flur. — G. Garderobe. — Sp. Spülküche. — T. Tagraum. — V. Veranda. — W. Wachsaal. — Wz. Wärterzimmer.

ıaschine und eine Sackausklopfmaschine vervoll-ligen die Einrichtung.

m Kellergeschoß befindet sich außerdem noch Raum zur Bereitung des Selterwassers und die lanlage. Die letztere ist eine Schwefligsäure-lanlage und wird betrieben durch einen Elektro-or; es sind zu kühlen 1 Fleischkühlraum von ım auf + 2 bis 5° C, ein Vorkühlraum von qm auf + 6 bis 8° C, ein Milchkühlraum von qm auf + 4 bis 6° C. Es können täglich 750 kg ıch und 500 l Milch eingebracht werden. Zur ugung von Kunsteis dient ein Generator mit



Dachgeschoß.

Lazarett (G) für 40 Männer und 40 Frauen.

. Abort. — B. Bad. — Ez. Einzelzimmer. — F. Flur.

ɔpumpe, mit welcher täglich 100 kg Eis erzeugt den können.

Im Erdgeschoß befindet sich die Dampfkochküche der Gemüseputzküche, der Spülküche und ıreren Speisekammern, ferner ein Eß- und Wohn-mer für das Küchenpersonal. In der Dampfkoch-he dienen zur Bereitung der Speisen sechs Wasser-ldampfkochapparate von je 500 l Inhalt zum chen von Gemüse, Kartoffeln und Suppe; 1 desgl. ı 400 l Inhalt und 1 desgl. von 200 l Inhalt zum chen von Fleisch, 1 desgl. von 200 l Inhalt zum chen der Krankenkost, 2 desgl. von 400 und 200 l ıalt zum Kochen von Milch, 4 Kipptöpfe von je l Inhalt zum Bereiten kleinerer Speisemengen, Kaffeebereitungsapparat, bestehend aus 2 Heiß-ssererzeugern mit 4 Kaffeekesseln, 1 Etagenbrat-n mit 2 übereinander liegenden Bratöfen zur Auf-ıme von 6 Bratpfannen, für Kohlenfeuerung ein-ichtet, ferner 1 Tafelherd mit 2 Feuerungen, 3 Brat-n und 2 Wärmöfen. Hinzu kommen noch zwei mpfwärmschränke. Der Wrasen wird durch eine ondere Leitung nach einem im Keller liegenden ndensator geführt und zur Warmwasserbereitung t verwendet.

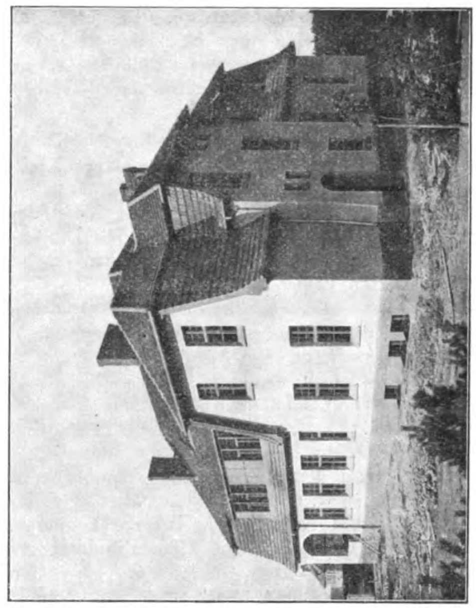
In dieser Küche wird nur für die Kranken der . und IV. Verpflegungsklasse gekocht; für die I. und II. Klasse wird eine eigene Küche im Kellergeschoß des Frauenlandhauses der Pensionäranstalt errichtet.

In der Spülküche befindet sich ein vierteiliger Spültisch mit Kalt- und Warmwasseranschluß, mit Ablaufbrettern und Becken aus Duranametall. In der Gemüseputzküche befinden sich 4 zweiteilige Gemüseputzbecken aus belgischem Granit.

Die Küche hat wie alle Nebenräume Fliesenfußboden; die Wände der Küche haben ein 2 m hohes Paneel aus grünen Silhyoplatten; die Wände der Nebenräume aus Heliolitputz.

Durch einen Handaufzug sind alle Geschosse miteinander verbunden; ein weiterer Aufzug dient zum Fleischtransport von den Kühlräumen zur Küche.

In den Zwischengeschossen befinden sich Lager-



Landhaus (H, Frauen), im Bau begriffen.

räume sowie die Wohnung der Oberköchin und der Köchin.

Das Obergeschoß enthält den großen Festsaal mit Garderobe, Musikzimmer, Billardzimmer und Kasinos für Ärzte und Beamte. Im Dachgeschoß befindet sich der Schlafsaal mit Waschraum für die Küchenmädchen.

Das Wäschereigebäude mit Kammern enthält neben den Einrichtungen für die Wäscherei auch die Bureaus für den Betrieb. Im Erdgeschoß befindet sich zunächst der Sortierraum, welcher auch zur Abgabe der schmutzigen Wäsche dient; der Fußboden ist mit Fliesen belegt. Ein in diesem Raum aufgestellter Elektromotor von 15 PS. dient zum Antrieb

der Waschmaschinen. Der Waschraum selbst hat ebenso wie die Kochküche ein 2 m hohes Wandpaneel aus Silhyoplatten; die Silhyoplatten wurden auch verwendet zur Auskleidung des acht Abteilungen aufweisenden Einweichbottichs. Zum Waschen dienen 4 Stück Doppeltrommel-Wasch- und Spülmaschinen, 1 Spülmaschine, 4 Schleudermaschinen und 2 Laugenkocher.

In dem Trockenraum befinden sich 1 Kettentrockenapparat und 1 Dampfmangel, beide mit Motorantrieb; eine weitere Dampfmangel soll noch aufgestellt werden.

In dem Rollraum sind 2 Kastenmangeln mit Motorantrieb aufgestellt. In dem daneben liegenden Plättraum befindet sich ein Plättofen und 1 Dampfstärkekocher.

Ein elektrisch betriebener Aufzug von 250 kg Tragkraft dient zur Verbindung des Erdgeschosses mit den im Ober- und Dachgeschoß gelegenen Lagerräumen. (Schluß folgt).

Mitteilungen.

— **Berliner Irrenfürsorge.** In der Stadtverordneten-Versammlung wurde kürzlich über den Antrag verhandelt, die städtischen Krankenhäuser auch für Kranke bessergestellter Kreise der Bevölkerung einzurichten.

Soweit sich das auf die allgemeinen Krankenhäuser bezieht, mag vielleicht nichts dagegen einzuwenden sein; soweit aber die städtischen Irrenanstalten in Frage kommen, sind die schwersten Bedenken dagegen geltend zu machen. Die Direktoren dieser Anstalten haben sich auch, wie man das nicht anders erwarten kann, einstimmig gegen diesen Plan ausgesprochen. Die Stadt sollte zunächst eigene Unterkunft für diejenigen Geisteskranken schaffen, zu deren Versorgung sie gesetzlich verpflichtet ist. Von diesen Kranken befanden sich am 1. April 1907, also nach Eröffnung und Belegung der neuen Anstalt in Buch, 2005 in Privatanstalten. Die Stadt zahlt für diese Kranken ein bestimmtes Pflegegeld, das etwa der Höhe der Selbstkosten entspricht, welche ein Kranker in den eigenen Anstalten verursacht. In einigen dieser Anstalten bilden die kommunalen Kranken den Stamm und die Mehrzahl der Insassen neben den Privatkranken, in anderen ist es umgekehrt. Einige Anstalten haben also nur kommunale Kranke und sind eigens zu diesem Zwecke gegründet worden. Soweit diese Anstalten im Besitz von Ärzten sind, wird im allgemeinen nicht viel dagegen einzuwenden sein. Mancherlei ließe sich auch wohl hier dagegen geltend machen, doch soll darauf nicht näher eingegangen werden. Nun sind aber einige dieser Anstalten nicht im Besitz von Ärzten, sondern von Laien. Bei diesen ist natürlich die ganze Sache nur Geschäft und auf reichlichen Gewinn zugeschnitten. Über die ärztliche Versorgung der Kranken in diesen Anstalten sei nur bemerkt, daß ein Erlaß des Kultusministers vom 12. Oktober d. Js., betreffend Grundsätze für die ärztliche Leitung der Krankenanstalten, hier viele Mißstände beseitigen kann, denn den Ärzten sind durch die spekulativen Besitzer die Hände gebunden oder können ihnen wenigstens gebunden werden. Das Bedenklichste jedoch bei dieser Art der Irrenfürsorge ist der Umstand, daß alle diese Anstalten Privateigentum und frei veräußerlich sind. Ist ein solcher Privatanstaltsbesitzer durch die Pflegegelder für die städtischen Kranken zu Wohlstand und Reichtum gekommen, dann zieht er sich vom Geschäft zurück und verkauft seine Anstalt, und zwar stets zu einem Preise, der über den Wert des Grundstücks und der Baulichkeiten erheblich hinausgeht. Den Mehrwert stellen eben die Insassen der Anstalt, also städtische Kranke, dar, die ja in allen Fällen mitverkauft werden. So kann es kommen und ist es mehrfach gekommen, daß die städtischen Kranken wertvolle Handelsartikel und gewinnbringende Spekulationsobjekte bilden. Und was schließlich das Wichtigste ist: die ordnungsmäßige Versorgung der Kranken, die doch auf gesetzlicher Verpflichtung beruht, entbehrt der beständigen beamtlichen Aufsicht und Verantwortlichkeit. Mit einzelnen Revisionen ist hier gar nichts getan.

Selbst wenn man zugeben will, daß die Stadt durch die rasche Bevölkerungs- und Krankenzunahme in eine gewisse Notlage geraten ist, so muß demgegenüber doch hervorgehoben werden, daß diese Notlage nicht von gestern zu heute über sie hereingebrochen ist. Diese Zustände bestehen unverändert seit mindestens 30 Jahren und werden, wenn die Stadt nicht andere Maßregeln ergreift, so lange bestehen, wie es eine städtische Irrenpflege gibt. Die Stadt baut zu langsam... Berlin sollte sich ein Beispiel an seiner Heimatsprovinz, überhaupt an den Provinzen nehmen, die doch auch ganz bedeutende Mittel für die Irrenpflege aufwenden müssen und auch wirklich aufwenden, damit sie ihre Kranken in eigene Fürsorge nehmen können... An Pflegegeldern fließt ein nettes Sümmchen — es mögen wohl jährlich zwei Millionen Mark sein — in die Taschen der Privatanstaltsbesitzer. Und es bleibt auch etwas dabei übrig. Das übrige bezahlen die Kranken. (Deutsche Tageszeitung, 8. XII. 08.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 41. 1909.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

Herausgegeben von

Prof. Dr. K. Alt, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rat Prof. Dr. G. Anton, Halle Direktor Dr. Beyer, Roderbirken bei Leichlingen Prof Dr Bleuler, Zürich. Oberarzt Dr Deiters, Grafenberg. Staatsinspektor Dr van Deventer, Amsterdam. Prof. Dr L Edinger, Frankfurt a M Oberarzt Dr. Falkenberg, Herzberge (Berlin) Med.-Rat Dr Fischer, Wiesloch (Baden) Hofrat Dr. Friedländer, Hohemark. Geh. Med Rat Prof Dr A. Guttstadt, Berlin. Direktor Dr Herting, Galkhausen (Rheinland) Oberarzt Dr Ilberg, Großschweidnitz (Sachsen) Direktor Dr. Kluge, Potsdam Med.-Rat Dr Kreuser, Winnenthal (Württemberg) Direktor Dr. Lehmann, Lindenhof San-Rat Dr Mercklin, Treptow a R. Prof Dr Mingazzini, Rom Direktor Dr Morel, Gand (Belgien). Direktor Dr. v Olah, Budapest Direktor Dr. Ritti, St Maurice (Seine). Direktor Dr. H Schlöß, Wien Prof Dr Ernst Schultze, Greifswald Prof Dr med et phil Sommer, Gießen Direktor Dr. Urquhart, Perth (Schottland). Direktor Dr. Vocke, Eglfing bei München. Direktor Prof. Dr. med. et phil. W. Weygandt. Hamburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,** Lublinitz (Schlesien).

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.
Inseratenannahme für Oesterreich-Ungarn **S. Taussik,** Annoncen-Expedition, Wien II/2, Laufbergergasse 4.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lublinitz (Schlesien)

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Inseratenannahme für Österreich-Ungarn: S. Taussik, Annoncen-Exped., Wien II/2, Laufbergergasse 4.

Nr. 41 | 2. Januar | 1909.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die neue Landesirrenanstalt zu Teupitz.

(Schluß.)

Die Wäscherei ist für eine Tagesleistung von 3000 kg trockener Wäsche eingerichtet und noch um ein Fünftel erweiterungsfähig.

Im Erdgeschoß befinden sich noch ferner das Bureau des Betriebsinspektors, der Betriebssekretäre, 1 Handmagazin und 1 Eß- und Wohnzimmer für das Waschküchenpersonal.

In dem Obergeschoß des Wäschereigebäudes ist ein Flicksaal untergebracht, die Bureaus des Hausmeisters und der Hausmeisterin, welche sich an die Kammern anschließen, sowie die Wohnung der Hausmeisterin. Im ausgebauten Dachgeschoß sind noch weitere Lagerräume, die Wohnung der Oberwäscherin, der Wäscherin und der Schlafsaal und Waschraum für die Waschmädchen.

Das Maschinengebäude mit Werkstätten und Wasserturm. Im Erdgeschoß befindet sich die Dampfkesselanlage, sie besteht aus 4 Cornwallkesseln von je 72,5 qm Heizfläche, 10 Atm. Betriebsdruck mit Überhitzern, 1 Wasserreinigungsanlage zur Reinigung des Kesselspeisewassers, 2 Kesselspeisepumpen, 1 Dampfverteiler für Naßdampf, 1 Dampfverteiler für überhitzten Dampf, 1 Abdampfausgleicher, 1 Abdampfverteiler. Die Kesselanlage liefert nassen Dampf für die Dampfkochküche und für die Wäscherei, für den Desinfektionsapparat, die Tischlerei und das Dampfbad. Überhitzter Dampf dient für den Betrieb der Dampfmaschinen. Der Maschinenabdampf wird verwendet zur Heizung des Kochküchen-, des Wäscherei- und Verwaltungs- und Maschinengebäudes, zur Warmwasserbereitung in den drei erstgenannten Gebäuden und zur Warmwassererzeugung für die Warmwasserfernleitung. Sämtliche Abdampfanlagen können auch mit Frischdampf gespeist werden.

Die Maschinenhalle beherbergt 3 stehende Compoundmaschinen von je 125—160 PS., welche unmittelbar mit 3 Gleichstrom-Nebenschlußdynamos gekuppelt sind. Die Leistung jeder Maschine beträgt 110 KW. bei einer Spannung von 230 Volt. Die Maschinen erzeugen den elektrischen Strom für den gesamten Licht- und Kraftbedarf der Anstalt. Die Akkumulatorenanlage hat 130 Elemente und hat eine Leistung von rund 1000 Flammen zu 16 NK. auf 3 Stunden. Die Ladung erfolgt von den Hauptmaschinen vermittels eines Zusatzdynamos. Die Abladung wird durch einen selbsttätigen Fernzellenschalter geregelt.

Im Maschinenhaus befindet sich ferner die zentrale Warmwasserbereitung, bestehend aus 3 Gegenstromapparaten und 2 Duplexpumpen von je 15 cbm Stundenleistung; das erzeugte Warmwasser wird durch Röhrenkanäle den Krankenhäusern der Hauptanstalt zugeführt. Die Pensionäranstalt hat ihre eigene Warmwasserversorgung.

Die Ferndampfleitung vom Maschinenhaus nach Küchen-, Wäscherei- und Verwaltungsgebäude liegt in begehbaren Kanälen, in welchen auch die Kabel liegen.

Im Maschinengebäude ist ferner noch der Desinfektionsapparat aufgestellt. Auch ein Zentralbad ist hier untergebracht, mit mehreren Duschen, Einzelbadezellen, einem Dampfbad, elektrischem Lichtbad und Ruheraum.

Eine Fuhrwerkswage hat eine zulässige Belastung von 7500 kg.

Ein Bureau für den Obermaschinenmeister nebst Handmagazin, die Werkstätte für den Feinmechaniker, die Klempnerei, Schlosserei und Schmiede sowie die Tischlerei, auch ein Eßzimmer für das Heizerpersonal ist im Erdgeschoß untergebracht. Im Obergeschoß und ausgebauten Dachgeschoß befinden sich neben

Wohnungen für verheiratete und unverheiratete Heizer eine Menge großer und luftiger Werkstätten mit kleineren Magazinen für die Werkmeister; so sind vorhanden Räume für die Schneiderei, Flickschneiderei, Schusterei, Sattlerei, Korbflechterei, Malerei, Buchbinderei.

Der Wasserturm, von dessen überdeckter Plattform aus man einen wunderbar schönen Fernblick genießt, ragt inmitten des Maschinengebäudes empor und trägt den Hochbehälter mit einem Inhalt von 210 cbm; derselbe ist doppelwandig mit zwei Abteilungen für je 105 cbm Wasser. Der Wasserturm ist bis Unterkante des Behälters 30 m hoch und wird überragt von dem 50 m hohen Dampfschornstein.

Als Heizung ist eine Zentralgruppenheizung eingerichtet worden. Während wie erwähnt Verwaltungs-, Wäscherei- und Küchengebäude unmittelbar vom Kesselhause aus geheizt werden, werden je drei Krankengebäude von Niederdruckdampfzentralen mit Wärme versorgt. Eine solche befindet sich in jedem C-Hause und versorgt die A- und B-Häuser; eine andere befindet sich in den E-Häusern und versorgt die D- und F-Häuser; in der Pensionäranstalt befindet sich die Niederdruckdampfzentrale im G-Hause und versorgt noch die A-Häuser. Die Häuser sind miteinander durch begehbare Heizkanäle verbunden, in welchen sich auch die Kabelleitungen befinden. Das Lazarett der Hauptanstalt hat eine eigene Warmwasserheizung; die Landhäuser der Haupt- und Pensionäranstalt sowie das Krankengebäude auf dem Gutshofe haben Kachelofenheizung.

Die Beleuchtung erfolgt überall durch elektrisches Licht; in den Krankenhäusern sind fast überall Glühbirnen verwendet, selten Nernstlampen; in den Schlafsälen sind Verdunkelungsschalter vorhanden. Das Maschinenhaus sowie Koch- und Waschküche sind mit Sparbogenlampen versehen. Die Außenbeleuchtung erfolgt meist durch Armleuchter an den Häusereingängen und Häuserecken; nur wenige Straßenlaternen sind daher notwendig geworden. Nur der Eingang zur Anstalt und die Anfahrt zum Verwaltungsgebäude werden durch Bogenlampen erleuchtet.

Die Wasserversorgung hat große Schwierigkeiten gemacht, da erst spät Wasser in genügender Menge und einwandsfreier Beschaffenheit gefunden worden ist. Es sind Grundwasserbrunnen vorhanden, welche eine Tiefe von ca. 80 m haben, 2 befinden sich im Pumpenhaus, 3 weitere in einiger Entfernung davon. Es kommen Mammuthpumpen in Anwendung, welche durch Kompressoren das Wasser in ein neben dem Pumpenhaus befindliches Bassin drücken, von wo es nach dem Reservoir im Wasserturm durch schnellaufende Pumpen befördert wird. Die Kompressoren und Pumpen werden durch 2 Dieselmotore von je 40 PS. angetrieben. Da das Wasser schwach eisenhaltig ist, muß es eine Enteisenungsanlage passieren. Die Brunnenanlage soll auf eine Leistungsfähigkeit von 110 cbm pro Stunde gebracht werden; es ist Aussicht vorhanden, daß der in Angriff genommene neue Brunnen die noch fehlende Wassermenge liefern wird.

Die Kanalisation erstreckt sich auf die Abfuhr sämtlicher Abwässer mit Einschluß der Abschwemmung der Fäkalien. Die Abwässer gelangen in ein Senkbassin, von wo sie auf das Rieselfeld geleitet werden, welches vorläufig in einer Ausdehnung von 3860 qm unter dem Abhange des Anstaltsgebietes angelegt wird. Das von dem Rieselfelde abfließende Wasser wird in den Abflußgraben des Tietschen-Sees geleitet. Die Abwässer der Pensionäranstalt müssen wegen des Terrainunterschieds durch eine selbsttätige Überpumpanlage nach dem Leitungsnetz der Hauptanstalt gedrückt werden.

Die Regenwässer sind durchweg in Sickerschächte geleitet, was bei dem durchlässigen Sandboden ohne Bedenken geschehen konnte.

Der Landwirtschaftshof. Auf ihm befindet sich der große Viehstall, welcher Platz gewährt für 9 Pferde und 80 Kühe, ferner für 20 bis 30 Schafe und 8 bis 10 Haupt Schlachtvieh; in ihm ist auch die Schlächterei untergebracht, mit allen modernen Einrichtungen zur Wursterei und Räucherei. Ein Schweinestall bietet Platz für 120 Schweine; ein Geräteschuppen und eine große Scheune mit einem als Krankenstall vorgesehenen Anbau sind ebenfalls vorhanden. Ein Krankengebäude in ländlicher Bauart bietet Platz für 25 arbeitende Kranke; ein Beamtenwohnhaus gewährt fünf Familien Wohnung und zwar 1 Betriebssekretär, dem Gärtner, dem Wirtschaftsvogt, dem Stallschweizer und dem Kutscher. Ein Hühnerhof mit einer Musterhühnerzuchtanlage ist noch vorgesehen, wozu sich die um den Landwirtschaftshof liegende Heide besonders eignet.

Die Gärtnerei mit einem Treibhause und ausgedehnten Gemüsegarten liegt am Abhange, gegen den Tietschen-See zu, in geschützter Lage.

Der Friedhof mit der Leichenhalle. Für die Anlage des Friedhofs wurde der alte Dorfkirchhof von der Kirchengemeinde zu Teupitz erworben, ein an das Anstaltsgebäude grenzendes idyllisch gelegenes Fleckchen Erde mit hohen Akazien und hohen Fliedersträuchern besetzt. Auf diesem Bauplatze wurde die Leichenhalle errichtet, bestehend in Einsegnungshalle, Sektionsraum und Leichenkammer. Der Fried-

hof ist z. T. eingefaßt mit einer Mauer aus unbehauenen Findlingen.

Die Gartenanlage sowie ein Teil der Wegeanlagen wurden in eigener Verwaltung hergestellt. Als Arbeitskräfte wurden neben freien Arbeitern zunächst Korrigenden aus der Landarmen- und Korrigendenanstalt zu Strausberg herangezogen, welche vom 1. April 1906 bis 1. November 1907 in einer Stärke von ca. 60 Mann in der Krankenstation des Landwirtschaftshofes untergebracht waren. Da die Leistungsfähigkeit der Korrigenden eine wenig befriedigende war, wurden sie nach Strausberg zurückgeschickt und am 1. Dezember 1907 durch 45 ruhige arbeitende Kranke aus den Landesirrenanstalten in Eberswalde und Neu-Ruppin ersetzt.

Die innere Einrichtung der Hauptanstalt wurde zum allergrößten Teil in den Werkstätten der Brandenburgischen Provinzialanstalten ausgeführt. Es dürfte interessieren, zu erfahren, in welcher hervorragenden Weise die einzelnen Provinzialanstalten sich an diesen Arbeiten beteiligt haben. So wurden in der Landesirrenanstalt in Eberswalde folgende Gegenstände angefertigt:

610 Strohsäcke, 1000 Deckenbezüge, 1000 Keilkissenbezüge, 310 Kopfkissenbezüge, 1000 Bettlaken, 132 Einwickellaken, 800 Arbeitsschürzen, 75 bunte Frauenschürzen, 200 Frauenhemden, 50 Frauenhalstücher, 150 Taschentücher.

Die Landesirrenanstalt in Sorau lieferte:

420 Paar Filzpantoffel, 300 Roßhaarmatratzen, 300 Roßhaarkeilkissen, 1500 Bettlaken, 1400 Matratzenschoner, 50 Frauentuchröcke.

Die Landesirrenanstalt in Neuruppin fertigte an:

400 Roßhaarmatratzen, 400 Roßhaarkeilkissen, 92 Strohkissen, 1440 Barchent-Unterlagen, 440 große Tischtücher, 129 große Tischdecken, 189 kleine Tischdecken, 200 kleine Tischtücher, 730 Wischtücher, 900 Scheuerlappen, 620 Rohrdecken, 144 Stützkissen, 432 Stützkissenbezüge, 400 Paar Filzpantoffel, 300 Winterhosen für Männer, 300 Nachtjacken für Frauen, 100 Unterhosen für Männer, 500 Paar Strümpfe, 50 Paar Fausthandschuhe, 50 Paar Ohrenklappen, 40 Drellhosen für Wärter, 60 Häubchen für Wärterinnen, 300 Tuchhosen für Männer, 60 feste Decken, 14 Schloßkleider, 56 Sitzwürfel, 37 Arzneispindchen, 44 Stufentritte, 39 Stehleitern, 47 Brotbretter, 47 Kasten für Handwerkszeug, 44 Messer- und Gabelbänke, 450 verzinnte Trinkbecher, 87 Wassereimer, 43 Mülleimer mit Deckel, 37 Verbandkasten, 1430 Pichel, 15 Oberkleider für Wärterinnen, 60 Schürzen für Wärterinnen, 50 Kleiderschürzen.

Die Landarmen- und Korrigendenanstalt in Strausberg lieferte:

1350 Deckenbezüge, 1350 Keilkissenbezüge, 300 Winterjacken und Westen für Männer, 50 Sommeranzüge für Männer, 200 Halstücher, 20 Litewken für Wärter, 20 Drillichjacken für Wärter, 90 Ausklopfer, 85 Waschkörbe, 45 Semmelkörbe.

Die Landarmen- und Korrigendenanstalt in Landsberg a. W.:

100 Federkopfkissen, 1000 Deckenbezüge, 1000 Keilkissenbezüge, 68 Strohsacküberzüge, 850 Bettlaken, 50 Unterjacken für Männer, 200 Männerhemden, 50 Sommerkleider für Frauen, 15 Oberjacken für Frauen, 25 Kopftücher für Frauen, 200 Paar Strümpfe, 50 Nachtmützen, 300 Paar Holzpantinen, 12 Paar Schloßschuhe, 20 Tuchhosen für Wärter, 20 Arbeitskittel für Wärter, 30 Arbeitskleider für Wärterinnen, 40 weiße Schürzen für das Dienstpersonal.

Die Schul- und Erziehungsanstalt zu Strausberg:

110 Kleiderbürsten, 110 Wichsbürsten, 110 Schmierbürsten, 110 Staubbürsten, 60 Kannenbürsten, 60 Henkelbürsten, 60 Klosettbürsten, 110 Scheuerbürsten, 110 Nagelbürsten, 140 Haarbesen, 45 Wandbesen, 100 Handfeger, 180 Schrubber.

Das Rettungshaus in Zühlsdorf fertigte an:

600 Roßhaarmatratzen, 600 Roßhaarkeilkissen, 750 Deckenbezüge, 750 Bettlaken, 340 Paar Lederpantoffel, 50 Paar Schuhe und Stiefel für Männer, 25 Paar lange Stiefel, 25 Paar Lederschuhe für Frauen.

Das Mädchenfürsorgeheim in Prenzlau:

730 Badelaken, 300 Winterkleider für Frauen, 50 Beinkleider für Frauen, 300 Nachtjacken für Frauen.

In den Tischlerei- und Schlosserwerkstätten der Landarmen- und Korrigendenanstalt in Strausberg wurden folgende Einrichtungsgegenstände angefertigt:

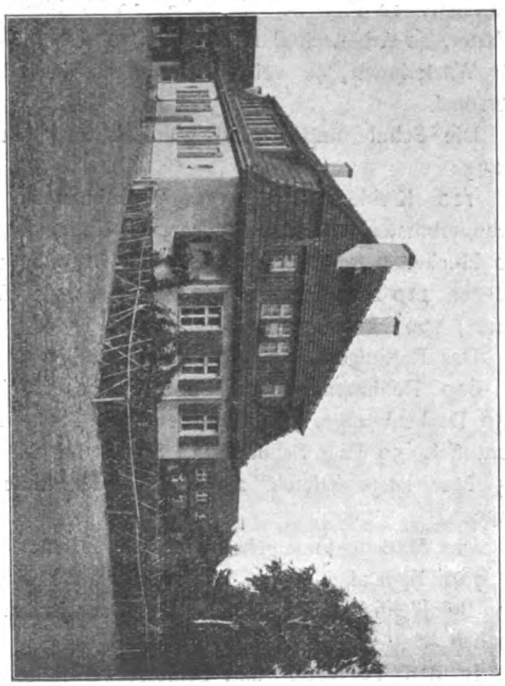
1137 eiserne Bettstellen mit Matratzenboden, 152 eiserne Bettstellen für Epileptiker, 707 Bettschränkchen, 131 große Tische, 211 kleine Tische, 43 gehobelte Tische, 98 Lehnbänke, 95 zweiteilige und 29 einteilige Wärterschränke, 118 Kommodenschränke, 44 Geschirrschränke, 22 Schuhschränke, 76 Bücherbretter, 49 Heringsbretter, 106 Kleiderriegel, 42 Besenriegel, 40 Nachtstühle, 186 Spiegel, 21 Pfeifenbretter.

Ferner lieferten dieselben Werkstätten sämtliche Möbel, Regale und Schränke für das ärztliche Be-

ratungszimmer, die Bücherei, die Laboratorien, die Kasse, die Kanzlei, Aufnahme- und Untersuchungszimmer des Verwaltungsgebäudes, für die Bureaus des Betriebes, sämtliche Regale und Schränke der Kammern, die Möbel für das Küchengebäude, die Einrichtung für das Ärzte- und Beamtenkasino, sämtliche Einrichtungsgegenstände für das Maschinenhaus und für sämtliche Werkstätten.

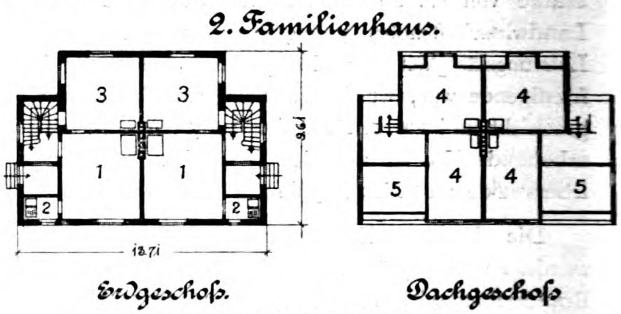
Diese Zusammenstellung beweist, in welcher Blüte der Arbeitsbetrieb in den Anstalten der Provinz Brandenburg steht.

Da in der Stadt Teupitz Mietwohnungen nicht vorhanden sind, so mußten für sämtliche Beamte der Anstalt Wohnungen auf dem Anstaltsgelände geschaffen werden. In der Nähe der Betriebsgebäude wurde ein großes Beamtenwohnhaus geschaffen, in dem acht Wohnungen vorhanden sind, für den Betriebsinspektor, den Rendanten, einen Sekretär und den Hausmeister in dem einen Flügel; in dem andern Flügel für den Obermaschinenmeister, den Maschinenmeister, einen Oberwärter und einen Heizer.



Wärterdorf, Vier-Familienhaus.

Auf dem später gekauften Gelände, welches auf der anderen Seite der nach Halbe führenden Chaussee gelegen ist und sich bis zu der nach Groß-Köris führenden Chaussee erstreckt, ca. 200 m von der Anstalt entfernt, wurde das Wärterdorf errichtet; an zwei Dorfstraßen erstrecken sich einstöckige Häuser mit ausgebautem Dachgeschoß; die Wohnungen sind so groß eingerichtet, daß die Wärter einen bis zwei Familienpfleglinge übernehmen können. Die innere Einteilung der Häuser ergibt sich aus den beigefügten Grundrissen. Erbaut wurden: Ein Zweifamilienhaus für zwei Sekretäre, ferner zwei Zweifamilienhäuser, drei Vierfamilienhäuser, drei Sechsfamilienhäuser, ein Achtfamilienhaus für Wärter. Vor der Pensionäranstalt wurde ein weiteres Zweifamilienhaus erbaut für zwei Wärter, von denen der eine Pförtnerdienste für die Pensionäranstalt zu verrichten hat. Ein weiteres Vierfamilienhaus und ein Zweifamilienhaus sind vorgesehen und werden in diesem Herbst noch begonnen, so daß außer den zwei Wohnungen für Sekretäre 50 Familienwohnungen zur Verfügung stehen für Wärter, Werkmeister und Heizer.

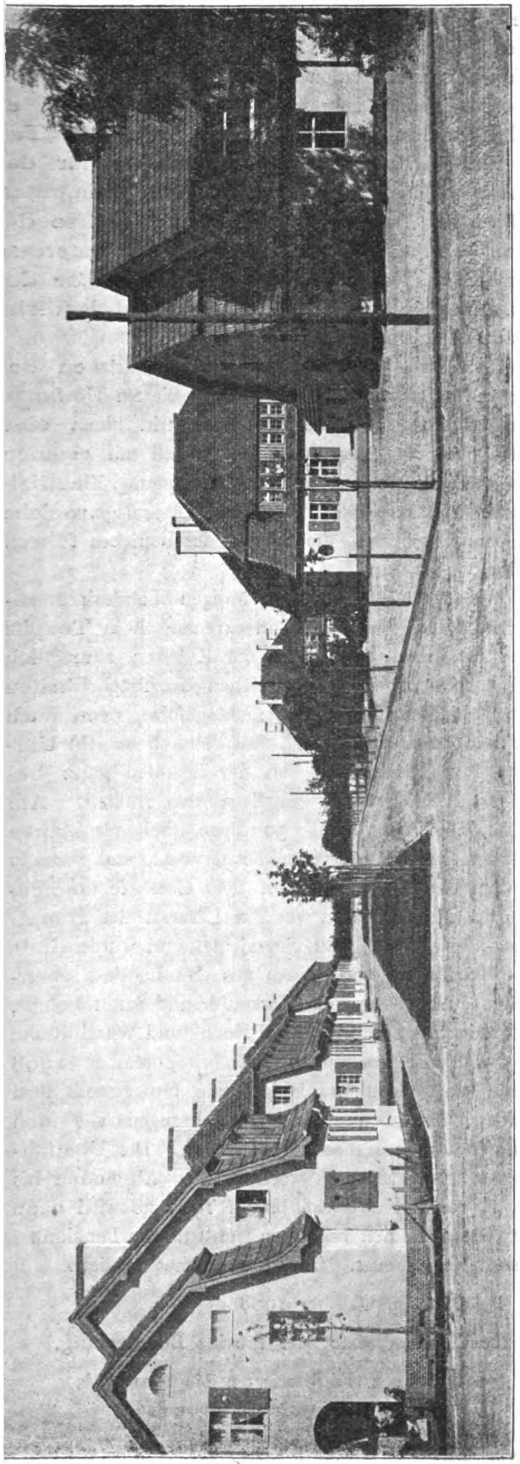


Wärterdorf, Zwei-Familienhaus.

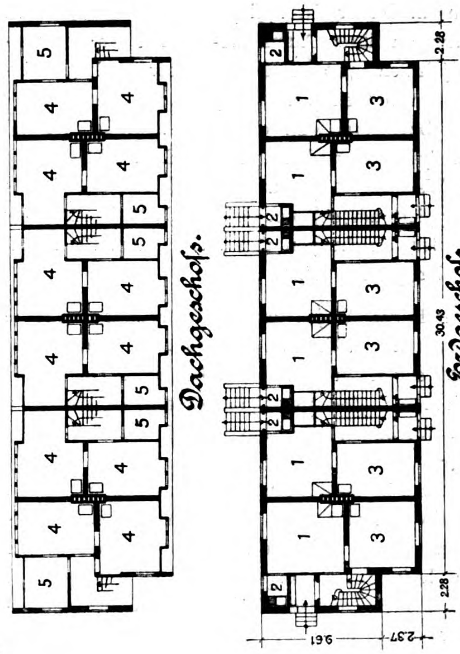
1. Wohnküche. — 2 Spülnische. — 3. Wohnzimmer. — 4. Schlafzimmer. — 5. Familienpflegling.

Was nun die Kosten, abgesehen von Landerwerb (93 665 M.) und den Bauzinsen (rund 100 000 M.), anbelangt, so wird die vom Provinziallandtag für den Bau nebst dem lebenden und toten Inventar bewilligte Summe von 6 769 000 M. kaum überschritten werden, so daß, einschließlich der Wohnungen für insgesamt 76 verheiratete Beamte und Angestellte, sich die Kosten für ein Bett der Hauptanstalt auf rund 5600 M. und für ein Bett der Pensionäranstalt auf rund 6625 M. stellen.

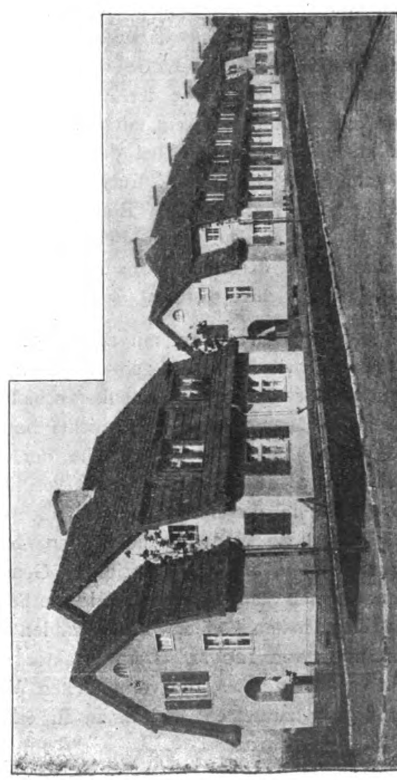
Als Aufnahmebezirk für die Landesirrenanstalt in Teupitz wurde festgesetzt: der Kreis Teltow und die Stadtkreise Rixdorf, Schöneberg und Wilmersdorf mit einer Einwohnerzahl von rund 900 000. Die Anstalt wird also hauptsächlich städtische Kranke aufzunehmen haben, weniger ländliche. Dementsprechend ist die Anstalt auch zur Bewältigung einer großen jährlichen Aufnahmezahl eingerichtet worden. Zur Aufnahme frisch Erkrankter stehen auf Männer- und Frauenabteilung je vier Abteilungen zu je 25 Betten zur Verfügung. Berechnet man die durchschnittliche Dauer der Behandlung des einzelnen Kranken in den Aufnahmeräumen auf drei bis vier Monate, so kann die Anstalt mit allen Errungen-



Hauptstraße im Wärterdorf.



Wärterdorf, Sechs-Familienhaus.
1. Wohnküche — 2. Spülnische. — 3. Wohnzimmer — 4. Schlafzimmer. — 5. Kammern.



Wärterdorf, Zwei- und Sechs-Familienhaus.

schaften moderner Irrenpflege Rechnung tragenden Einrichtungen ihrer Aufnahme- und Überwachungsräume jährlich 300 bis 400 Männer und 300 bis 400 Frauen aufnehmen. Entsprechend der aus der Großstadtbevölkerung zu erwartenden großen Anzahl von Paralytikern wurden auch die Siechenhäuser mit je 100 Wachsaalplätzen ausgestattet und die Wachsäle gruppiert um entsprechend große Baderäume für Dauerbäder, welche von den Baderäumen für Reinigungsbäder getrennt sind.

In richtiger Würdigung der für eine moderne Irrenanstalt unerläßlichen Arbeitstherapie sind in bisher wohl selten ausgeführtem Umfang Arbeitsgelegenheiten der mannigfachsten Art geschaffen worden: Werkstätten für sämtliche Handwerksbetriebe in einem Werkstättengebäude vereinigt; besondere Arbeitsräume in dem D1-Haus für kriminelle Kranke, Nähsäle in den verschiedensten Häusern der Frauenabteilung. Aber auch für Arbeitsgelegenheit in der frischen Luft ist in hervorragender Weise gesorgt: auf dem großen Landwirtschaftshof, in dem Geflügelhofe, der Gärtnerei, auf Feld und Wiesen. Zur Beschäftigung frisch Erkrankter im Freien ist sowohl auf der Männer- wie Frauenabteilung dicht neben den Aufnahmeräumen ein Gemüsegarten angelegt worden, in welchem den einzelnen Kranken in kleinen Gruppen vereinigt Gelegenheit geboten wird zur wohltuenden Beschäftigung; die Nähe der Arbeitsgelegenheit zum Krankengebäude ermöglicht, mit den einzelnen Kranken auf kurze Zeit Versuche bei der Arbeit zu machen, es ermöglicht ein rasches Zurückbringen auf die Abteilung beim Versagen oder Ermüden und erleichtert wiederholte Versuche. Zur Beschäftigung der Pensionäre ist ein besonderer Gemüsegarten mit Beerenobstanlage errichtet worden.

In dem **Wärterdorf** mit seinen 52 Wohnungen hat der Provinzialverband ein Werk wohlwollender Fürsorge für das Wartpersonal geschaffen, wie in diesem Umfange bisher noch nichts bestanden hat. Die Wärter haben in großer Nähe der Anstalt und doch auch wieder so weit entfernt von ihr, um von der Anstalt in den freien Stunden nichts zu hören, eine behagliche Wohnung bekommen, haben einen kleinen Garten, in welchem sie ihr Gemüse ziehen können, einen Stall, in welchem sie ein Schwein oder eine Ziege halten können, und bezahlen dafür eine Jahresmiete von 120 M. Dem Direktor der Anstalt steht es außerdem zu, die verheirateten Wärter außer Verpflegung zu setzen und ihnen zu erlauben, die Mahlzeiten im Kreise ihrer Familie einzunehmen; sie erhalten dafür morgens 1/2 Stunde, mittags und abends je 3/4 Stunde freie Zeit und erhalten den Wert der freien Station III. Klasse im Betrage von 360 M. jährlich ausgezahlt. Soweit der Dienst es zuläßt, können die Wärter auch jeden zweiten Tag zu Hause schlafen. Diese große Fürsorge für das Wartpersonal entspringt der Erkenntnis, daß ein gutes, zufriedenes Wartpersonal nicht nur im Interesse der Kranken zu wünschen ist, sondern auch im Interesse der Provinzialverwaltung liegt, da von der Güte des Wartpersonals nicht in letzter Linie die wirtschaftliche Sparsamkeit abhängt.

Zu diesen bei den bisherigen Irrenanstalten der Provinz noch nicht oder nicht in diesem Umfange berücksichtigten Mehraufwendungen tritt hinzu eine vollkommenere Ausstattung der Anstalt mit eigenen Betriebseinrichtungen, wie Wasserversorgung, Elektrizitätswerk, Bäckerei, Schlächterei und Kühlanlage, welche zu einer erheblichen Verbilligung des Betriebes führen sollen.

Wegen Überfüllung der übrigen Landesirrenanstalten mußte die neue Landesirrenanstalt in Teupitz schon während des Baues mit Kranken allmählich belegt werden. Zu irgendwelchen Unzuträglichkeiten hat die frühere Belegung nicht geführt, wenn auch nicht verkannt werden darf, daß dadurch an die Umsicht und Gewissenhaftigkeit der Beamten ganz besondere Anforderungen gestellt werden mußten. Am 1. Dezember 1907 kamen 50 ruhige arbeitende kranke Männer aus Neu-Ruppin und Eberswalde und wurden in dem Krankengebäude auf dem Gutshofe untergebracht. Im Juli 1908 war das Lazarett der Hauptanstalt fertiggestellt und eingerichtet und wurde Ende des Monats mit 100 Frauen aus den Landesirrenanstalten zu Neu-Ruppin, Eberswalde und Sorau belegt. Zu derselben Zeit wurde die Koch- und Waschküche in Benutzung genommen. Ende September 1908 waren die übrigen Krankengebäude fertiggestellt und wurden allmählich durch Überführungen aus den anderen Landesirrenanstalten belegt. Die Überführungen fanden statt in wöchentlichen Abständen bis 20. November. Vom 1. Januar 1909 ab wird dann mit Neuaufnahmen begonnen werden. Die Pensionäranstalt wird zum 1. Mai 1909 eröffnet werden.

Berlin, im Oktober 1908.

Der Landesdirektor der Provinz Brandenburg.

gez. Freiherr von Manteuffel,
Wirklicher Geheimer Rat.

Mitteilungen.

— **Deutscher Verein für Psychiatrie.** Vorıfige Mitteilung. Die nächste Jahresversammlung s Deutschen Vereins für Psychiatrie wird am . und 24. April 1909 in Cöln und Bonn stattden. Folgende Referate sind vorgesehen: I. Die ıes-Paralyse-Frage. Ref.: Plaut-München und Fischer-Prag. II. Behandlung jugendlicher und wachsener Geisteskranken in gemeinsamer Anstalt. ɘf.: Alt-Uchtspringe (im Auftrage der Kommission r Idiotenforschung und Fürsorge). III. Vorschläge r Änderung der Strafgesetzgebung (s. Bericht der tzten Jahressitzung, Allgemeine Zeitschrift für Psyıiatrie Band 65, Seite 518 und 521). Anmeldungen n Vorträgen werden erbeten an San.-Rat Dr. Hans aehr in Schweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn. ie endgültige Einladung wird gegen Ende März ersandt.

Dezember 1908. Der Vorstand.

— **Berlin.** Am 17. Dezember beging der Geh. Iedizinalrat Dr. W. König, Oberarzt an der städtichen Irrenanstalt Dalldorf, den Tag, an dem er vor 5 Jahren als Arzt in der genannten Heilanstalt eintreten ist.

— In der am 7. und 8. November 1908 in **Karlsruhe** abgehaltenen Tagung der südwestdeutchen Irrenärzte, an der auch Vertreter verschiedener Ministerien teilnahmen, referierten Dr. Stengel-Bruchsal und Dr. Hegar-Wiesloch über die Unterıringung geisteskranker Verbrecher. Die ıierauf bezüglichen Thesen der beiden Referenten s. Nr. 31, S. 263/64) wurden von der Versammlung angenommen. — Von den weiter gehaltenen Vorrägen beanspruchen die beiden des Geheimrats Hoche-Freiburg ganz besonderes Interesse. Das eine dieser Referate behandelte den Entwurf des badischen Irrenfürsorgegesetzes. In der vor einigen Monaten beendeten Landtagssession war dieser Gesetzentwurf wegen Zeitmangels nicht mehr beraten worden. Hoche wünscht die Abänderung einiger Paragraphen dieses Entwurfes. Nach dem Gesetzentwurf sollen nämlich künftig nur noch die beamteten Ärzte Atteste ausstellen dürfen, auf Grund deren die Aufnahme in eine Irrenanstalt erfolgt, während bisher jeder praktische Arzt dazu berechtigt war. Auch im Interesse der Kranken müsse jede Erschwerung der Aufnahme in eine Irrenanstalt vermieden werden. Ministerialdirektor Glockner verteidigte den Gesetzentwurf und wies darauf hin, daß der Behörde daran liege, Atteste von beamteten Ärzten zu besitzen, wie ja auch in der Regel nur solche Ärzte als gerichtliche Sachverständige berufen werden. Von allen folgenden Rednern wurde diesen Ausführungen widersprochen und folgende von Hoche vorgeschlagene Resolution angenommen: „Die Versammlung verwirft grundsätzlich den Gedanken der gesetzlichen Regelung der Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten und hält den Ausschluß der praktischen Ärzte bei der Aufnahme als eine den Interessen der Kranken verhängnisvolle Maßregel".

Hoche machte dann noch sehr interessante Vorschläge zur Strafprozeßreform. Von einer hierauf bezüglichen Resolution sah die Versammlung ab, da sich demnächst die deutsche Gesellschaft der Irrenärzte mit dieser Frage beschäftigen wird.

— **Fürsorgeerziehung und Psychiatrie.** Die westfälische Provinzialverwaltung hatte vor einiger Zeit den Entschluß gefaßt, dem Beispiele der Provinz Hannover folgend, über die intellektuellen Qualitäten der Fürsorgezöglinge genaue wissenschaftliche Erhebungen anzustellen, um auf diese Weise einen tieferen Einblick in das Wesen jener bedauernswerten Menschenklasse zu gewinnen, deren Wiedergewinnung für die Gesellschaft das Ziel unserer Fürsorgegesetzgebung bildet. Schon in Hannover hatte man festgestellt, daß unter den Zöglingen nur 39% für eine Erziehung geeignet erschienen, 21% wurden als besserungsfähig, 40% als für die Erziehung ungeeignet bezeichnet.

Mit der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung der in 25 westfälischen Anstalten untergebrachten 789 männlichen und weiblichen Zöglinge im Alter von 14 bis 20 Jahren wurde der Abteilungsarzt der Provinzialheilanstalt Münster i. W., Dr. Rizor, betraut, dessen Bericht jetzt vorliegt. Es wurden umfangreiche Beobachtungen nach verschiedenen Gesichtspunkten unternommen, das Ergebnis ist in seiner Gesamtheit das erwartete: ein bedeutender Teil der in Fürsorge gegebenen jugendlichen Personen leidet an Degenerations-Erscheinungen. Bei sehr strenger Auffassung des Begriffes der Degeneration wurden 45,9% der Untersuchten als von der normalen Linie in stärkerer Weise abweichend festgestellt. Über 30% der Fürsorge-Zöglinge hatten vereinzelt Degenerationszeichen aufzuweisen. Als „psychisch stumpf" erwiesen sich 43,5% der Untersuchten. Gleich ungünstig waren die Ergebnisse einer Intelligenzprüfung. 17,4% der Untersuchten (im Alter von 14 bis 20 Jahren!) kannten die Uhr nicht, 32,2% versagten bei bescheidenen Rechenaufgaben. Die Fähigkeit, ein einfaches Sprichwort zu erklären, mangelte 49,0% der Zöglinge, 4,7% konnten die Farben blau, grün, gelb, rot nicht unterscheiden.

Daß die überwiegende Zahl der in Fürsorge überwiesenen Knaben und Mädchen unter geistigen Defekten leidet, scheint nach den Ergebnissen der Untersuchung als bewiesen, daß manche scheinbar verbrecherische oder sonst strafbare Handlung von Fürsorgezöglingen nur unter dem Einflusse krankhaften Triebes erfolgt, scheint verständlich. Es wird also notwendig sein, bei diesem eigenartigen Menschenmaterial pädagogische Grundsätze walten zu lassen, die von den üblichen abweichen, und mehr Rücksicht auf die pathologische Beschränktheit der zu Erziehenden zu nehmen.

Dr. Rizor gestaltet seine Auffassung des Problems in seinen Darlegungen wie folgt: „Zunächst dürfte es sich empfehlen, daß man die Zöglinge im eigensten Interesse möglichst frühzeitig der Fürsorgeerziehung zuführt, einmal, um alle Schädlichkeiten und ungünstigen Einflüsse von ihrem sich gerade noch entwickelnden Gehirn auszuschalten und fernzuhalten, andererseits, um rechtzeitig die Mängel und pathologischen Züge bei der Entwicklung zu erkennen und zu berücksichtigen. Als zweite Notwendigkeit ergibt sich die genaueste Individualisierung. Wir müssen unsern Zöglingen die Mängel und pathologischen Züge ohne ihr Wissen zuerkennen und sie bei der Erziehung in jeder Form und zu jeder Zeit berücksichtigen.

Zur Erkennung und Feststellung der pathologischen Züge und geistigen Minderwertigkeit empfiehlt sich die Hilfe der Psychiatrie, die der Fürsorgeerziehung nur förderlich sein kann, wie es von der weitaus größten Mehrzahl der Pädagogen anerkannt und gewünscht wird. Ebensowenig wie der Arzt einen Menschen erziehen kann und will, ebensowenig wird der Pädagoge abnorme Menschen allein erziehen können. Wie überall so auch hier: Vier Augen sehen mehr wie zwei."

— Der „Oberschlesischen Grenzzeitung" (Beuthen O.-S.) vom 13. November 1908 entnehmen wir folgende Notiz: **„Wie man Geisteskranke fabriziert"** war das Thema des Vortrages, den am 12. November im Sanssouci-Saale der frühere Lehrer Maleszka aus Breslau hielt. Es war der Irrenhaus-Prozeß, der soeben in Berlin zu Ende gegangen ist (Fall Lubecki), welcher Maleszka zu dem Vortrag veranlaßt hatte und den er auch zu Beginn seiner Ausführungen als Beweis dafür anführte, wie leicht es möglich sei als geistig gesunder Mensch, doch als geisteskrank ins Irrenhaus gesperrt zu werden... Was außerdem Maleszka über seine eigene Angelegenheit mitteilte, war lediglich eine Wiederholung der in seiner gleichnamigen Broschüre enthaltenen Behauptungen. Danach hatte M. in einem hier nicht weiter interessierenden Strafprozeß dem die Untersuchung führenden Richter einen wissentlichen bezw. fahrlässigen Meineid vorgeworfen. In einem daraufhin gegen ihn anhängig gemachten Strafprozeß wegen wissentlich falscher Anschuldigung wurde er zunächst zur Beobachtung seines Geisteszustandes einer Irrenanstalt überwiesen und dann auf Grund dieser Untersuchung das gerichtliche Verfahren gegen ihn eingestellt. Von seinem Amte war er bereits früher entbunden worden und schließlich wurde er zwangsweise pensioniert. Nach dem Gutachten der Irrenärzte leidet M. an Verfolgungs-, Größen- und Querulantenwahnsinn. Das Blatt schließt seinen Bericht mit der Bemerkung: „Daß sich von vornherein die Sympathien des großen Publikums der vermeintlich widerrechtlich eingesperrten, fälschlich als geisteskranken bezeichneten Person und dem ... vermeintliche Recht dieser Person Eintretende... wenden, ist menschlich begreiflich. Aber wer ... die Öffentlichkeit gelangten derartigen Fälle ... verfolgt hat, wird wissen, daß von den angeb... vorhandenen schweren Mißständen der Irrenrech... meist nicht viel übrig geblieben ist. Wer den ... trag des M., der übrigens nur sehr schwach be... war, beigewohnt hat, konnte in dieser Auffassu... Dinge nur bestärkt werden."

— **Eine ganze Familie vom Verfolgu... wahn ergriffen.** Der unheimliche Fall, daß ... ganze Familie vom Verfolgungswahn ergriffen ... ereignete sich in Cava Manara, in der Nähe ... Pavia (Italien). Dort lebte ein Bauer mit seine... drei erwachsenen Töchtern und einem Sohne ... älteste Tochter, 34 Jahre alt, verliebte sich in ... Jüngling von 18, der ihre Liebe jedoch nicht ... widerte. Das Mädchen grämte sich, wurde krank ... bekam plötzliche Anfälle von Verfolgungswahn ... immer mehr zunahmen. Sie bildete sich ein ... ganze Dorf habe sich verbündet, um ihre Liebe ... durchkreuzen". Nach einiger Zeit wurden a... übrigen Mitglieder der Familie von diesem Wa... griffen. Die Hexe des Dorfes versuchte den ... Geist durch allerhand Beschwörungen zu verscheu... Aber ehe sie mit ihren Versuchen zu Ende gekom... nahm die Familie den Kampf mit dem bösen ... selbst auf. Sie bewaffnete sich mit Hackbeilen ... schlug sämtliche Möbel und die Fußböden des H... schaffte die Trümmer auf die Straße und z... sie dort an. Und als der böse Geist auch ... noch nicht wich, verbarrikadierten sich die Ung... lichen in ihrem Haus. Jetzt holten die Dorfbew... Karabineri herbei, die eine regelrechte Belag... des Hauses einleiteten. Endlich gelang es, durch ... Fenster in die Küche des Hauses zu dringen. ... Wahnsinnigen hatten sich mit Sensen und Beilen ... waffnet, und da sie sich nicht ergeben wollten, ... es zu einem wilden Kampf, in dessen Verlauf ... der Gendarmen verwundet wurden. Schließlich g... es, die Familie zu fesseln und in die Irrenans... überführen.

Personalnachrichten.

— **Österreich.** Der Franz-Josefs-Orden ... verliehen dem Direktor Dr. Offer (Hall in ...) und dem Direktor Dr. v. Zlatarovic (Pergine ...

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 42. 1909.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Lublinitz (Schlesien).

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Inseratenannahme für Österreich-Ungarn **S. Taussik**, Annoncen-Expedition, Wien II/2, Laufbergergasse 4.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Psychiater,

verheiratet, mit mehrjähriger Anstaltspraxis **sucht Lebensstellung**. Offerten unter **F. F. 50** an die Expedition d. Bl.

An der Herzoglichen **Heil- und Pflege-Anstalt** in **Königslutter bei Braunschweig** (20 Minuten Bahnfahrt nach dort) ist die Stelle eines

Assistenzarztes

baldigst zu besetzen. Remuneration neben völlig freier Station I. Klasse 1800 M., jährlich um 300 M. bis 2400 M. steigend. Bei Bewährung erfolgt nach vollendetem 3. Dienstjahre Anstellung als Anstaltsarzt: freie Dienstwohnung, Gehalt 3000 bis 5400 M. in 14 Jahren.

Die Anstalt hat 670 Kranke und 6 Arztstellen.

Bewerber wollen Approbation, Lebenslauf und Zeugnisse an den Unterzeichneten einsenden.

Medizinalrat Dr. **Gerlach**.

An der mit ca. 500 Kranken belegten **Irrenpflegeanstalt St. Thomas zu Andernach a. Rhein** ist die Stelle des

2. Arztes

zum 1. April 1909 neu zu besetzen. Mit derselben ist neben vollständig freier Station I. Klasse ein Bargehalt von M. 2000,—, alle 2 Jahre um M. 200 steigend bis M. 3000 verbunden.

Weitere Ausgestaltung der Stelle bleibt vorbehalten.

Meldungen a. d. **Direktion** d. Anstalt.

An der **Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka bei Gnesen** ist die Stelle eines **Assistenzarztes** zu besetzen. Gehalt M. 2400 neben freier Station I. Klasse. Nach fünfjähriger Dienstzeit der Regel nach Anstellung auf Lebenszeit als Anstaltsarzt mit einem Gehalte von M. 3300—5300 neben freier Dienstwohnung oder dem tarifmäßigen Wohnungsgeldzuschusse.

Bewerbungen, denen ärztliche Approbation und sonstige Zeugnisse im Original oder in beglaubigter Abschrift, sowie ein Lebenslauf beizufügen sind, nimmt der unterzeichnete Direktor entgegen.

Sanitätsrat Dr. **Kayser**.

Inserieren schafft Absatz!

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 828.
Inseratenannahme für Österreich-Ungarn: S. Taussik, Annoncen-Exped., Wien II/2, Laufbergergasse 4.

Nr. 42. 9. Januar **1909.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Was soll werden?

Von Oberarzt Dr. *Tille*-Wittstock.

In dankenswerter Ausführlichkeit hat Herr Kollege von Kunowski in Nr. 37 dieser Zeitschrift die Krankengeschichte zu dem Fall Lubecki den Lesern der Wochenschrift zugänglich gemacht. Wohl jeder Irrenarzt hat voll Ingrimm und Empörung in seiner Zeitung die Mitteilungen über die ersten Verhandlungstage eines Prozesses verfolgt, der heraufbeschworen wurde durch den Skandalartikel aus der Feder des Hauptschriftleiters einer Zeitung, deren Tendenzen zu durchsichtig sind, als daß sie von besonnenen Leuten für ernst genommen werden dürften. Trotzdem aber machten sich selbst Zeitungen von anerkannt anständiger Haltung, deren Leserkreis sich durchweg aus gebildeten Leuten, Gelehrten, höheren Beamten, Offizieren, Industriellen und dergleichen mehr zusammensetzt, m. E. gewissermaßen zu Mitschuldigen der „Zeit am Montag", indem sie nicht Bedenken trugen, als Überschrift zu den täglichen Berichterstattungen über den Verlauf der Prozeßverhandlung, den aufhetzenden, sensationslüsternen Titel „Moderne Irrenhausfolter" des Schneidtschen Zeitungsartikels gleichfalls zu wählen. Schon dieser Vorgang an sich spricht Bände über die Stellung der öffentlichen Meinung zu unserem Irrenwesen im allgemeinen und dem schweren und entsagungsvollen Wirken des Irrenarztes im besonderen! Eine solche Voreingenommenheit, man möchte beinahe sagen Feindseligkeit gegenüber der irrenärztlichen Tätigkeit wird noch offensichtlicher, wenn man die Berichte weit verbreiteter Zeitungen von sonst vornehmer Gesinnung über den Prozeß L. mit der uns jetzt vorliegenden ausführlichen Krankengeschichte vergleicht. Die Mitteilungen der mir zugänglichen Zeitungen waren nämlich fast durchweg so gehalten, daß der Laie mindestens zwischen den Zeilen unwillkürlich eine Schuld der beteiligten Ärzte und Beamten herauslesen mußte, indem man wichtige, das korrekte Verfahren der Anstaltsärzte hell beleuchtende Feststellungen dem Leser zum Teil einfach unterschlug. Der gewollte oder ungewollte (?) Erfolg blieb nicht aus: Das große Publikum wurde aufs höchste beunruhigt! Mit Recht sagt darum wehmütig von Kunowski: „Was der Prozeß unserem Irrenwesen im allgemeinen und dem schlesischen im besonderen geschadet hat, ist kaum im vollen Umfange zu ermessen." Dieselbe traurige Überzeugung habe auch ich aus gelegentlichen, ernsthaften Äußerungen von Leuten meines engeren Umgangskreises schöpfen müssen. Wiederholt traten nach den ersten Veröffentlichungen über den Prozeß lebenserfahrene und akademisch gebildete Männer verschiedener höherer Berufsklassen mit der vorwurfsvollen Bemerkung an mich heran: „Na, mit Ihrem öffentlichen Irrenwesen, das Sie immer so warm verteidigen, scheint es doch noch schlecht bestellt zu sein. Es soll ja allerdings auch in öffentlichen Irrenanstalten noch allerlei vorkommen, wie man immer wieder in den Zeitungen liest, aber so etwas hätte ich doch nicht für möglich gehalten."

Meiner Entgegnung auf derartige Äußerungen, zunächst einmal das Resultat des Prozesses abzuwarten und nicht voreilige Schlüsse zu ziehen, wurde meist mit skeptischem Lächeln begegnet. Und diese Skepsis ist bedauerlicherweise zum großen Teil geblieben, trotz des für uns Irrenärzte erfreulichen Ergebnisses der Prozeßverhandlung. Semper aliquid haeret! — Aber nun hat es durchaus keinen Zweck, in dieser Wochenschrift, die ja doch wohl vornehmlich nur von Fachgenossen und sonst psychiatrisch besonders interessierten Kreisen gelesen wird, sich auszuklagen und dann die Hände voll demütiger Er-

gebung in den Schoß zu legen. Nein, ich meine, auf böswillige Angriffe muß auch eine energische Abwehr erfolgen! Fast hat es den Anschein, als wären wir Irrenärzte nur zum Resignieren bestimmt! Unser mühevoller, nicht immer an Erfolgen reicher, in bescheidener Stille wirkender Beruf legt uns ja allerdings eine gewisse Entsagung auf. Aber wenn auch Herr Scholz-Obrawalde voller Resignation die mit Recht heftig befehdete Anschauung vertritt, daß der Anstaltsarzt eigentlich fast gar keine positive Arbeit leistet, so wollen wir, die wir erheblich abweichender Ansicht zu sein uns erlauben, deshalb noch lange nicht resignierend am allgemeinen Lebenswege beiseite stehen. Wir müssen vielmehr für unser irrenärztliches Ansehen kämpfen mit allen Waffen, die uns zu Gebote stehen! Die öffentliche Meinung muß zu einer höheren Achtung vor dem Berufe des Irrenarztes systematisch herangebildet werden. Ich teile nicht die optimistische Auffassung mancher Kollegen, daß durch die Errichtung von so vollkommen wie möglich ausgestatteten Irrenanstalten und durch die Inanspruchnahme des modernsten wissenschaftlichen Rüstzeuges das Irrenwesen bei der großen Masse wesentlich populärer geworden sei als vor der Einführung der modernen Irrenbehandlung. Und wodurch wird das fast unausrottbar erscheinende Mißtrauen des Publikums gegen die Irrenanstalten und ihre Ärzte immer weiter genährt? Ich behaupte: Durch unsere unverzeihliche Indolenz gegenüber den häufigen unberechtigten Angriffen der Presse, sei es, daß es sich um die „unerhörte" Festhaltung von vermeintlich Nichtgeisteskranken in Irrenanstalten handelt, sei es, daß der „unvermeidliche" Psychiater als Deus ex machina, gewissenlos wie immer, Verbrecher exkulpiert, geistig Gesunde entmündigt oder andere ähnliche kleine Gefälligkeiten seinen gut zahlenden Auftraggebern erweist, die ihn, wenn sie der Wahrheit entsprächen, zu ebenbürtigen Genossen jedes Zuchthäuslers machen würden. — Selten entstand uns Irrenärzten bisher ein Verteidiger. Und auch diejenigen unter unseren Fachgenossen schweigen sich unbegreiflicherweise aus, welche schon allein durch ihre wissenschaftliche Autorität oder ihre amtliche Stellung einen gewissen Erfolg einer sachgemäßen Verteidigung verbürgt hätten. Auf diese für uns Irrenärzte im höchsten Maße beschämenden Zustände hat schon in Nr. 40 des 9. Jahrgangs dieser Wochenschrift Dr. Holub in einem zu Wien gehaltenen Vortrag „Wir und die Öffentlichkeit" mit flammenden Worten hingewiesen, indem er zugleich alle Berufsgenossen zu tapferer Abwehr aufrief. Aber sein Appell fand leider in den Herzen der deutschen Psychiater unverständlicherweise nur geringen W[illegible] hall, und darum blieb alles beim Alten! Die [illegible] liche Meinung ist und bleibt gegen uns! [illegible] der irrigen Volksmeinung heraus war es sei[illegible] zu verstehen, daß ein konservativer Landtagsab[illegible] neter, dessen Blick durch sonderliche Sachke[illegible] nicht getrübt zu sein schien, vor dem For[illegible] Volksvertreter unbegründete Angriffe gegen die [illegible] achtertätigkeit der Irrenärzte zu richten wagte. [illegible] hätte man eigentlich erwarten sollen, daß alle [illegible] schen Irrenärzte in ehrlicher Entrüstung wie ein [illegible] zur Abwehr gegen solche an ernster Stätte a[illegible] sprochenen Insulten sich erheben würden. [illegible] dessen ballten wir die Hand in der Hosentasche [illegible] — schweigen! Nur einer hatte den Mut, den [illegible] Abgeordneten schriftlich zu interpellieren. Da[illegible] Herr Alt, der ja schon öfter in dankenswerter [illegible] für die Würde unseres Standes eine Lanze ge[illegible] hat. Der sich daraus ergebende Briefwechsel [illegible] allerdings veröffentlicht. Aber wo? In [illegible] Fachblatt statt in den Tageszeitungen. Die [illegible] des Volkes haben seinerzeit die zuerst ver[illegible] Ansicht des Herrn Strosser im Abgeordne[illegible] mit nach Hause genommen und werden sich [illegible] haben, die eingesogene Weisheit beim Abends[illegible] ihren Wählern und sonstigen Freunden aufzut[illegible] Jedoch von den revocierenden Äußerungen des [illegible] Abgeordneten haben sie sicherlich nichts er[illegible] Damit aber hat die schriftliche Auseinanderse[illegible] zwischen Herrn Alt und Herrn Strosser [illegible] Ausgang genommen wie das Hornberger Schie[illegible] M. E. müssen öffentliche Angriffe auch in der Ö[illegible] lichkeit ihre Verteidigung finden und zwar m[illegible] umgehend, damit das im Volk durch falsche Be[illegible] immer wieder gesäte Mißtrauen nicht erst [illegible] Wurzeln zu fassen vermag. Diesem Grundsatz sc[illegible] andere Beamtenkörperschaften mit größerem [illegible] druck zu huldigen als die langmütigen Irren[illegible] Als neulich im Reichstag ein Abgeordneter, [illegible] sein Wissen in der betreffenden Materie of[illegible] nur Stückwerk war, der Reichspostverwaltung [illegible] Nachteiliges nachsagen wollte, da erschien schon [illegible] 24 Stunden ein ausführlicher, sachgemäß geha[illegible] Artikel in einer vielgelesenen und angesehenen T[illegible] zeitung, durch welchen der betreffende Abge[illegible] gehörig abgeführt wurde. Der Verfasser, verm[illegible] ein höherer Postbeamter, hob in seiner Erwide[illegible] nachdrücklich hervor, er habe es für besser ge[illegible] sofort zu antworten, obwohl ja in einer der näc[illegible] Reichstagssitzungen der Chef der Postverwaltun[illegible] der Angelegenheit sich zu äußern selbst Gelege[illegible] haben werde, um den aus den irrigen Darleg[illegible]

etwa entstehenden Folgen von vornherein die Spitze abzubrechen.

Eine weise und wirkungsvolle Tat!

Unter den bisherigen Verhältnissen kann es unmöglich weiter gehen. Nicht nur das Ansehen unseres Standes und damit die Berufsfreudigkeit seiner Vertreter, sondern auch unsere unglücklichen Kranken sind aufs schlimmste gefährdet, wenn es uns nicht endlich gelingt, die öffentliche Meinung in geeigneter Weise aufzuklären. Das ist aber beileibe nicht damit getan, daß ohne einen bestimmten Plan gelegentlich hier und da in dieser oder jener Provinz einmal ein Vortrag über moderne Irrenpflege, womöglich noch in irgendeinem eng begrenzten und den wenigen Mitgliedern zugänglichen Verein, gehalten wird. Nein, nur durch einen wohl überlegten, bis ins Einzelste ausgearbeiteten, zielbewußten Feldzugsplan ist es möglich, Schritt für Schritt bei der großen Masse das Ansehen und das Vertrauen zu erkämpfen, welches die Irrenärzte leider noch niemals besaßen, aber im Interesse einer gesunden Weiterentwicklung der Irrenpflege bitter nötig haben.

Aus dieser Überzeugung heraus erlaube ich mir nun den Fachgenossen einige Vorschläge zur wohlwollenden Erwägung zu unterbreiten, von denen ich wünsche, daß sie zunächst nur zur Anregung einer Aussprache über das vorliegende Thema führen möchten, bevor sie überhaupt eine festere Gestalt annehmen können:

I. In Anlehnung an die Einrichtung der bekannten mit gutem Erfolg arbeitenden Kurpfuscherkommission wäre eine sogenannte Preßkommission am besten aus der Zahl der Mitglieder des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu bilden. Diese Kommission hätte die Aufgabe, gegebenen Falles auch mit Unterstützung eines juristischen Beirates (z. B. eines juristisch gebildeten Beamten aus einer der Provinzialverwaltungen), jeglichen öffentlichen Angriff gegen das Irrenwesen und ihre Vertreter daraufhin zu prüfen, ob eine öffentliche Entgegnung oder eine gerichtliche Verfolgung u. dergl. mehr erfolgen soll oder nicht. Da in einem solchen Kampf m. E. autoritative Personen am vorteilhaftesten wirken können, so müßten in dieses Vertrauensamt namhafte Vertreter der psychiatrischen Wissenschaft und Direktoren von Landes- und städtischen Irrenanstalten gewählt werden. Dabei würde unter anderem es einer weiteren Überlegung bedürfen, ob nur eine derartige Kommission oder mehrere, nach Bezirken eingeteilt, in Tätigkeit zu treten hätten.

II. Zusammensetzung einer Aufklärungskommission, die Vorschläge macht, in welcher Weise am besten die Aufklärung des Publikums durch Wort und Schrift zu erfolgen hätte. Unter Vermittlung dieser Kommission müßte ein Gedankenaustausch über die Erfahrungen und Ansichten auf diesem Gebiet unter den Irrenärzten der einzelnen Provinzen stattfinden, damit alsdann ein Plan systematisch ausgearbeitet und festgelegt werden könnte, unter dessen Gesichtspunkten Aufsätze zu veröffentlichen und Vorträge zu halten wären. Jede Provinz hätte alsdann ihre berufenen Irrenärzte mit der Abfassung von entsprechenden Artikeln zu betrauen und durch die Gabe der Beredsamkeit besonders bevorzugten Kollegen aufzugeben, in geeigneten Vereinen öffentliche Vorträge zu halten. Auch Lichtbilder würden, wie es ja schon hier und da geschehen ist, vorteilhaft bei solchen Vorträgen zur Verwendung gelangen. Es ließe sich dann vielleicht für allgemeinere Darstellungen aus der Irrenpflege eine Lichtbilderzentrale schaffen, von der aus die Bilder zu einzelnen Vorträgen verliehen werden könnten.

Im Anschluß daran müßte jeder Leiter einer Irrenanstalt es sich ernstlich angelegen sein lassen, allen Leuten, die wirkliches Interesse und nicht nur kritiklose Neugier zeigen, Gelegenheit zu geben, das Anstaltsleben durch eigenen Augenschein kennen zu lernen, soweit es ohne Nachteil für die Kranken möglich ist, damit sie sich, wie von Kunowski in seinem Aufsatz sagt, überzeugen, „daß es da weder etwas Unheimliches noch etwas Grauenvolles zu verbergen gibt.“

Also, auf zum Kampf! Dem Tapferen gehört die Welt!

Otto Ludwigs „Der Erbförster“ in kriminalpsychologischer Beleuchtung.

Von *Kurt Boas* in Freiburg i. Br.

(Schluß.)

Nach alledem dürfen wir beim Buchjäger nur eine verminderte Zurechnungsfähigkeit annehmen. Ihn ganz von der Strafe zu befreien, wäre gegen die Gesetzesbestimmungen. Denn um freigesprochen zu werden, befindet er sich nicht in dem Grade der Trunkenheit, den wir als „pathologischen Rausch“ bezeichnen, und auf den der § 51 unseres Strafgesetzbuches anwendbar ist.

Der gerichtliche Sachverständige würde bei diesem Fall im Gutachten das Hauptgewicht auf das völlige Fehlen der Amnesie legen müssen, die uns, wenn auch oft nur in grobsinniger Weise, ein Bild von dem Geisteszustand des Rechtsbrechers bei Begehung der Tat machen kann. So weist in den oben erwähnten zwei von E. Meyer berichteten Fällen von Geistesstörung schon die Amnesie auf die Annahme eines pathologischen Rauschzustandes hin. Jedoch gehört der Fall des Buchjägers zu denen leichterer Natur, er läßt sich etwa in die Reihe der von Colla*) mitgeteilten Sittlichkeitsdelikte einreihen.

E. Meyer meint sehr richtig: „Damit erklärt sich aber auch, daß X. sich noch so auffallend schnell bewegen konnte, ohne daß hieraus etwa Nüchternheit und Zurechnungsfähigkeit geschlossen werden darf." Auch in unserem Falle dürfen aus seinem Verhalten nach der Tat keine Schlüsse gezogen werden. Wie oben bemerkt, kann man das Sittlichkeitsverbrechen auf die Morgenstunden ansetzen, den „Besuch" bei Stein um die Mittagszeit und seine Ermordung in den Verlauf des Nachmittags.

Wichtig bei der Beurteilung des Trunkenheitsgrades ist die Haltung des Verbrechers. Die Szene in Steins Schloß führt uns ja den Zustand des Buchjägers kraß vor Augen. Falsch wäre es jedoch, annehmen zu wollen, oder zum mindesten scheint es mir nicht nötig anzunehmen, daß sich der Buchjäger in einem eben solchen Zustand bei Begehung der Tat befunden hat. Vielmehr hat er sich nach dem Verbrechen durch einen gehörigen Schluck tüchtig gestärkt, und nun kommt er zu seinem „Gönner" Möller angetorkelt. Ihre Aussprache ist durch häufiges Trinken unterbrochen. Charakteristisch für den Trinker sind eine ganze Reihe von Äußerungen, von denen hier folgende hervorgehoben seien.

„Bruderherz" nennt der Buchjäger Möller. Diese Äußerung ist für den Trinker typisch. Recht oft beobachtet man bei Zechereien, wie der eine oder andere Teilnehmer sozusagen plötzlich die Devise fraternité verkündigt, wie er am liebsten alle Welt aus den Angeln heben und umarmen möchte. Und aus diesem Wunsche wiederum resultiert dann die oft staunenswerte Freigebigkeit, über die sich die „Brüder", d. h. die Freigehaltenen naturgemäß lustig machen. So bietet auch der Buchjäger Möller seine Schnapsflasche zur gefälligen Benutzung an, wovon jene Respektsperson natürlich keinen Gebrauch macht.

*) Colla, Drei Fälle von homosexuellen Handlungen in Rauschzuständen. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen, 1906, XXXI, 1.

Ferner ist für den Trinker, der einem anderen etwas berichtet, charakteristisch das Erstaunen, daß der andere sich dessen gar nicht erinnert, obgleich er darauf schwören möchte, daß er dabei gewesen ist. So auch in unserem Falle. Als der Buchjäger sieht, daß Möller die Geschichte mit Andres nicht gleich einfällt, sucht er seinem Gedächtnis ein wenig nachzuhelfen, und als alles nichts fruchtet — und dabei hält er sich für den Nüchternen und Möller für den Betrunkenen —, läßt er ab und schleudert ihm kurz und bündig sein „Ihr wißt nichts, wißt ihr?" ins Gesicht.

Beachtenswert sind ferner die Sprache und die Bewegungen des Buchjägers, auf die wir des Näheren eingehen wollen. An einzelne offenbar nicht verstandene Worte klammert er sich an und kann davon nicht loskommen. Als ihn Möller auf das Bedenkliche seines Zustandes aufmerksam macht, meint er verdutzt:

„Zustand? Was geht Euch der Zustand an? Daß ich mich bedanken will, das ist Zustand genug. Laßt mich mit dem Zustand zufrieden."

Er faßt also offenbar, wie es bei der geistigen Verfassung des Trinkers öfters vorkommt, das Wort „Zustand" in der Bedeutung „Verhalten, Benehmen" auf und macht Möller ernstlich Vorhaltungen — wie er meint mit Recht, und so wie er das Wort „Zustand" auslegt, ist er ja auch zweifellos im Recht. Wollten wir es aber, wie eben auseinandergesetzt, auffassen, so hieße das dem Dichter die Pointe rauben; es handelt sich gerade um ein originelles Mißverständnis, das bei jeder Aufführung die Heiterkeit der Zuschauer entfesselt.

Weiter meint der Buchjäger:

„Ihr dummer Kerl Ihr, das Ihr seid."

Diese Worte sprechen wörtlich aufgefaßt gegen den oben behaupteten Mangel an Amnesie beim Buchjäger, und in der Tat ist dem so. Es gehört kein besonderer Grad von Trunkenheit dazu, um diese Worte auszusprechen. Denn ein noch so schwachsinniger Mensch mußte sich doch sagen: Ist der Mensch, der mir diese fette Pfründe anbietet, aber doch ein dummer Kerl? Und gerade eine Natur wie der Buchjäger, der Ulrich und seinen Wert sehr wohl kennt — es heißt, sie seien einmal gute Freunde gewesen, hätten gemeinsam die Schulbank gedrückt; da habe sich der Buchjäger dem Trunke ergeben und da sei er Ulrichs grimmigster Feind geworden, als er sehen mußte, wie Ulrich es durch seine Redlichkeit und Uneigennützigkeit es zu etwas brachte, während er mehr und mehr in Armut versank. Alles das mußte ihn wurmen. Wenn sich nun plötzlich

solche Leute aus der Tiefe wieder ans Licht gefördert sehen, so sind sie geneigt, diesen Wechsel jedwedem anderen Umstande eher zuzuschreiben als der Gönnerschaft. Sie reden dann mit Verachtung von dem, der für sie eingetreten ist, der ihnen die Möglichkeit gibt, ein neues geregeltes Leben zu führen. Darum handelt nicht nur Möller in den Augen des Buchjägers dumm, sondern auch wir Leser und Zuschauer halten seine Handlungsweise für töricht. Wir sagen uns, wie kommt Möller dazu, diesen Menschen zu protegieren und was kann ihm daran liegen? Wie kann er sich denken, daß der Buchjäger nach einem dem Trunke ergebenen Leben plötzlich einen neuen moralischen Lebenswandel beginnen wird? Und meint nicht der Buchjäger selbst:

„Durst, Durst, das ist mein Jammergeschrei, das ist mein Siechtum, mein Elend, das ist mein Gichtbruch, daran muß ich noch umkommen in meinen jungen Jahren."

Der Buchjäger weiß also ganz genau, wie es mit ihm steht, er gehört in gewissem Sinne zu jener von Juliusburger treffend charakterisierten Gruppe der einsichtslosen Alkoholiker, da er all die schädlichen Folgen des Alkohols kennt und daraus doch nicht die nötigen Konsequenzen für sein künftiges Verhalten zieht. Sehr richtig teilt er die Schädlichkeiten des Alkoholgenusses in zwei durchaus gesonderte Teile, die körperlichen (Siechtum) und die wirtschaftlichen (Elend), und faßt ihr Zusammenwirken dahin zusammen, daß er sich nur noch wenige Lebensjahre verspricht.

Falsch wäre es, seine Worte „das ist mein Gichtbruch" dahin auszulegen, als ob der Buchjäger sich infolge des übermäßigen Trinkens eine Gicht zugezogen hätte. Der Fall wäre immerhin denkbar; denn eine Reihe ärztlicher Forscher machen den Alkohol für das Entstehen der Gicht verantwortlich. Besser ist meiner Ansicht folgende Deutung: Was für anderen die Gicht ist, ist für mich das Trinken, d. h. er kann das Trinken nicht los werden, sein chronisches Leiden, wie die Gicht deren eines ist, trotzt jeder Behandlung. Im übrigen sei daran erinnert, daß auch Ulrich mit Gicht behaftet ist, so daß es möglich ist, daß der Buchjäger sein Leiden mit dem Ulrichs vergleicht.

Wie jeder Trinker zu neuen Wortbildungen neigt, so macht sich dies auch bei unserem Buchjäger bemerkbar.

„Und wenn ich so dumm wär wie ein verwetterter, vermöllerter, vergönnerter Kerl."

Wir sehen: diese drei charakteristischen Neubildungen sind keine bloßen Klangassoziationen, wie wir sie meist bei Trinkern finden. Hier geben sie sogar einen trefflich-ironischen Sinn.

Recht charakteristisch ist auch folgende Äußerung, die wir in mehr oder weniger anderer Form jeden Trinker können aussprechen hören.

„Ihr denkt, weil Ihr keinen Durst habt, seid Ihr ein honetter Kerl?"

Dieser tief im Volke eingewurzelten Anschauung liegt die Ansicht zugrunde, daß der, der keinen Alkohol zu sich nimmt, auch keinen Durst habe. Daß man seinen Durst mit Wasser löschen kann, ist für den Trinker undenkbar. Darum hört man oft bei Volksfesten, daß einer, der sich eine Flasche Selters bestellt, gefragt wird: Aber Mann, habt ihr denn keinen Durst? Auch daß honett nur der sei, der keinen Durst hat oder doch wenigstens mäßig im Genuß geistiger Getränke ist, ist ein uralter Volksglaube, der sich bis heute erhalten hat. Das Volk geht dabei von einer ganz richtigen Vorstellung aus.

Der Buchjäger verlangt alsdann von Möller zu Stein geführt zu werden, was dieser in Anbetracht des bedenklichen Zustandes ihm naturgemäß verweigern muß. Er nimmt ihn daher auf sein Zimmer mit, um ihn durch den Genuß schwarzen Kaffees aufzunüchtern.

Verfolgen wir dann den Buchjäger weiter. Nachdem er wieder einigermaßen ernüchtert ist, verläßt er Möller, betrinkt sich jedoch wieder und macht sich nach dem „heimlichen Grunde" auf, um, so gut es eben geht, die Arbeiten seiner Leute zu überwachen. Man hat ihn „vorbeitorkeln" sehen, jetzt sicherlich befindet er sich im Zustande des pathologischen Rausches. Denn gewiß ist anzunehmen, daß die Folgen des Frühschoppens noch nicht verflogen sind. Am Nachmittag wird er im heimlichen Grund von Messerschmidt, seinem Todfeinde, erschossen. Höchst merkwürdig und unwahrscheinlich sind seine letzten Worte:

„Er hatt' — die Flinte — mit dem gelben Riemen — er hat — mirs — gedroht — der Andres ja —"

Vom dramatisch-technischen Standpunkt mögen diese Worte gewiß ihre Berechtigung haben (sie sind für den Fortgang der Handlung von Bedeutung!); vom psychiatrischen Standpunkt dagegen sind sie nach der ganzen Zeichnung des Charakters kaum richtig. Eine so scharfe Beobachtungsfähigkeit dürfte bei diesem Trinker kaum vorhanden gewesen sein. Wissen wir doch, daß gerade Trinker auf Farben selten richtig reagieren [Wulf*)]. Meist nennen sie die Komplementfarbe im optischen Sinne. Nun kann man an dieser Erklärung bemängeln und mir ein-

*) Wulf, Der Intelligenzdefekt bei chronischem Alkoholismus. Inaugural-Dissertation. Berlin, 1905.

wenden: aber der Buchjäger ist doch selber ein Jägersmann, er kennt Andres Flinte. Auf diesen Einwurf läßt sich allerdings nichts erwidern, aber mir will doch scheinen, daß der Buchjäger seiner Sache nicht ganz sicher sein kann, daß seine Bezichtigung vielmehr eine bloße Vermutung, im besten Falle eine Kombination ist. Ihm fällt im Augenblick nur der eine Andres ein, der wohl Grund habe, ihn zu töten, zumal er es ihm angedroht habe. An Messerschmidt, seinen Todfeind, der schon oft nach einer günstigen Gelegenheit zur Rache gespäht hat, denkt er gar nicht, obgleich Frei, ein Wilddieb, sich zu Messerschmidt äußert:

„Weiß jedes Kind, wie lieb ihr den (sc. Buchjäger) habt."

Diese Vermutung kommt ihm wie gesagt nicht; er kann meinetwegen der ehrlichen Überzeugung sein, daß das Andres Rache war; vielleicht aber — obgleich es eben wegen seines Rauschzustandes recht unwahrscheinlich ist — kennt er den wirklichen Täter, will ihn aber, um seine Rache an Ulrich und Andres zu vollenden, nicht nennen. Solche Fälle sind in der Literatur unzähligemal bekannt. Ich erinnere nur an die Gestalt des „Nunnenmacher" in Wildenbruchs Schauspiel „Die Rabensteinerin". Bersabe erlegt ihre Todfeindin, die Melberin, durch einen wohlgezielten Schuß, und als die Feinde in die Burg dringen, reißt der Nunnenmacher, der treue Diener Bersabes und ihres Vaters, den Bogen an sich. So entsteht bei den Feinden der Eindruck, als ob er der Täter sei, und er bestätigt diese Vermutung noch durch die Bekräftigung, ja er sei es gewesen, man solle ihn töten. Schließlich gibt jedoch Bersabe zu, daß sie den Bogen geführt habe.

Ob hier ein ähnlicher Vorgang anzunehmen ist, lassen wir dahingestellt.

Wenn wir ein zusammenfassendes Urteil über die Figur des Buchjägers abgeben wollen, so müssen wir sagen, daß er bis auf die Darstellung seines Todes außerordentlich gut gelungen ist. Der Dichter hat hier ein warnendes Beispiel auf die Bühne gestellt, um zu zeigen, wohin das Trinken führen kann. Ulrich und der Buchjäger, einst so gute Freunde, sind zu Todfeinden geworden, dadurch, daß sich der eine dem Laster des Trinkens ergeben und ihm zum Opfer gefallen ist.

Wenn ich an anderer Stelle*) gesagt habe, daß bisweilen Theatervorstellungen für das Bekanntmachen weiterer Volksschichten mit dem Problem der Alkoholfrage von Nutzen sind, so habe ich dies im Hinblick auf den „Erbförster" ausgeführt. An jener Stelle sagte ich freilich, wir sollten keine Tendenzstücke zugunsten der Alkoholbewegung auf die Bühne bringen. Das verstimme. Heute halte ich mehr denn je an diesem Satze fest. Denn wenn schon anläßlich einer Alkoholausstellung die „Lustigen Blätter" sich für verpflichtet gehalten haben, mit ihren faulen Witzen darüber herzufallen und die ganze Bewegung in den Augen weiterer Kreise des Publikums lächerlich zu machen, wie soll das gar erst werden, wenn wir alkoholfeindliche Stücke auf die Bühne bringen? Ich wies darauf hin, daß wir Modernen die Bühne nicht mehr wie Schiller als eine moralische Anstalt ansehen — da würde ja etwas Schönes herauskommen, wenn wir uns mit dem Prinzipe der Frau Wolf aus Gerhart Hauptmanns Lustspiel „Der Biberpelz" solidarisch erklären wollten —, sondern daß wir uns im Theater „amüsieren" wollen.

*) Boas, Das Haus im Kampfe gegen den Alkoholismus. Werde gesund! 1908, Nr. 6—8.

Besser als alle Predigten und Belehrungen würde z. B. Otto Ludwigs „Erbförster" auf viele Gemüter wirken. Sie würden mit eigenen Augen gewahr, was für Folgen die Trunksucht haben kann (Siechtum, wirtschaftlicher Ruin, Verbrechen). Viele wären dadurch für immer belehrt und gewonnen. Man würde über das Schicksal des Buchjägers, der sich und andere ins Verderben gestürzt hat, nachdenken und sich fragen, wie dem abzuhelfen sei. Ob der Zuschauer aus den Vorgängen, die er sich auf der Bühne hat abspielen sehen, die nötigen Konsequenzen zieht, ob er sie überhaupt ziehen kann, ist naturgemäß eine andere Frage, auf die hier einzugehen nicht der Ort ist. Auf jeden Fall werden wir auch beim „Erbförster" von der aristotelischen Katharsis, der Sühne, sprechen können: d. h. der Leser oder Zuhörer wird Furcht und Mitleid in erster Linie für den Helden und sich selbst, dann aber auch für die Gestalt des Buchjägers empfinden, für den letzteren besonders aus dem Grund, da er ein oft vorkommendes Element in unserem Volksleben vertritt.

Nachdem wir so auf eine für den Gang der Handlung bedeutsame Nebenfigur des Stückes eingegangen sind, kommen wir jetzt auf den Helden des Stückes zu sprechen. Wir führen zunächst die oben begonnene Schilderung der Handlung fort. Dem Erbförster will es nicht in den Kopf hineingehen, daß der Herr ihn absetzen kann, wenn er sich keiner Schuld bewußt ist. So beauftragt er denn seinen jüngeren Sohn Wilhelm, in die Stadt zu eilen und die Sache einem geschickten Advokaten vorzutragen. Allein man macht ihn darauf aufmerksam, daß Stein

im Recht sei und daß im Grunde der Buchjäger gesetzlich verfahren habe, wenn er Andres wie einen Holzdieb habe behandeln lassen. Alles dies ist Ulrich unbegreiflich. In seiner Erregung über den unerwarteten Ausfall des Bescheides nimmt er Wein zu sich, trotz des Abratens seiner Frau. Sodann vernimmt er durch seinen Holzhüter, Weiler, die Nachricht von Andres' angeblichem Tode. Dieser bringt ein blutbedecktes Tuch mit, das die Försterin bestimmt als das des Andres erkennt. In der Zeit wird seine Aufmerksamkeit auf die bekannte Bibelstelle: Auge um Auge, Zahn um Zahn gelenkt, die seine Tochter Marie vorträgt. Diese nimmt von dem Vater Abschied, um einer Einladung Roberts zu folgen, mit ihm im Walde zusammenzutreffen und zu fliehen. — Ulrichs Entschluß ist gefaßt. In seinem strengen Rechtlichkeitsgefühl will er das an ihm begangene Unrecht rächen und den vermeintlichen Mörder Robert erschießen. Trotz Donner und Blitz verläßt er bei Nacht das Försterhaus; er glaubt, Robert zu treffen. In Wirklichkeit trifft er Marie. Er zwingt seine Frau, ihm feierlich den Eid zu leisten, niemals über die Tat zu reden. Sein Irrtum klärt sich erst auf, als Andres und Robert gesund vor ihn hintreten und er aus Roberts Mund hört, daß ein feiger Mörder aus dem Hinterhalte Marie, die sich zärtlich über ihn beugte, getötet habe. Da gesteht er ein: Ich habe unrecht. Noch einmal liest er die Maxime der Bibel. „Wer einen Menschen tötet, der soll getötet werden." Damit hat er die innere Festigkeit in den Tod zu gehen gewonnen und entleibt sich selbst.

Soweit die Vorgänge, die der Handlung zugrunde liegen. Es ist schwer, über Ulrich ein richtiges Urteil zu gewinnen. Die einen reden von ihm, wie er selbst.

„Hörst du, Andres, was der Mann*) da sagt? Er will euch Geld geben. Dafür kauft euch eine Leierorgel. Damit zieht auf den Märkten umher und singt von dem alten Mordkerl, der sein Kind erschoß. Um nichts, um gar nichts auf der Welt, um nichts. Ihr braucht kein Bild. Nehmt die alte Frau da**) mit; so malt euch kein Maler die Geschichte, wie sie auf ihrem Gesicht geschrieben steht. Streicht mir das Kind heraus. Beschreibt sie schöner als sie war — wenn ihr das könnt, wie ihr euch den schönsten Engel denkt, und dann sagt: Sie war doch noch tausendmal schöner. Und den alten Mordkerl stellt mir hin, daß über das Kind ein Wasserfall kommt von Tränen, und auf den Alten jeder Gassenjunge die Fäuste ballt. Das wär' ein Herz, wie's der alte Mordkerl hatte, der's erschoß, das die Geschichte hörte und euch nicht mit klappernden Zähnen den letzten Pfennig gäb', und hätt's zehn verhungernde Kinder zu Haus, und nicht zu Gott betete für das Kind, und dem alten Mordkerl fluchte, der's erschoß. Sagt nicht: der Mann war redlich sein Leben lang und hat sich gehütet vor dem Bösen, und hat an einen Gott geglaubt, und hat kein Stäubchen gelitten an seiner Ehre, sonst glauben sie's euch nicht. Sagt, er sah aus wie ein Wolf, sagt nicht, sein Bart war weiß, wie er's tat, sonst gibt euch niemand was. Das glaubt euch niemand, daß einer so alt sein kann und doch so ein Bösewicht. Und unten hin macht noch ein Bild, wo der alte Mordkerl sich erschießt und als Gespenst umgeht bei Nacht. Und wo er's tat, da sitzt er wimmernd die Mitternächte hindurch mit seinen glühenden Augen und seinem weißen Bart."

Wenn uns dieser Mann nicht schon vorher durch seine Lebensweisheit sympathisch berührt hat, so werden wir ihm sicherlich bei diesen Worten unsere Sympathie nicht absprechen können. Ihn von seiner Tat freisprechen können wir natürlich nicht, aber wir werden sie verstehen, und tout comprendre c'est tout pardonner.

Auch der Erbförster ist eine vom Dichter gut gezeichnete Figur. Es gibt Leute, die aus vollem Rechtlichkeitsgefühl selbst ein Unrecht begehen, ehe sie dessen so recht gewahr werden. Schon hierin zeigt sich eine unverkennbare Ähnlichkeit mit der Figur Michael Kohlhaas'. Beiden ist an dem Triumph ihrer, wie sie meinen, gerechten Sache gelegen, und sie reiten sich so in die Sache hinein, daß sie schließlich schuldig werden.

Aus übertriebener Redlichkeit — „Ehrlich, solange es geht, und keine Minute länger", sagt eine der Personen des Stückes — wird er schließlich zum Verbrecher. Kleine Ursachen, große Folgen.

Wie wäre nun wohl der Erbförster vom forensischen Standpunkte zu beurteilen, welche Strafe hätte er zu erwarten? Daß mildernde Umstände vorliegen, äußert in dem Stück selbst der Pastor, der von einer Begnadigung zu lebenslänglichem Zuchthaus redet. Worauf stützt sich diese Ansicht des Pfarrers? Nun, wer diese Figur kennt, wird sich sagen, daß es sich hier um eine captatio benevolentiae handelt. Um größeres Unheil zu verhüten, und um Weib und Kind zu trösten, weist der Pfarrer darauf hin, und doch muß er sich insgeheim sagen, daß es hier keine mildernden Umstände gibt. Also seine Worte sind nicht buchstäblich zu nehmen. Er glaubt, Ulrich hänge am Leben, und will daher an seine Lebensfreude

*) Gemeint ist Stein, der Ulrich Geld und Pässe zur Flucht nach Amerika anbietet und für seine Frau und Kinder zu sorgen verspricht.

**) Er weist auf die Försterin.

appellieren. Doch da kommt er bei Ulrich schlecht an. Er, der nach dem alttestamentlichen Recht hat richten wollen, wendet dasselbe auf sich selbst an.

Jedenfalls müssen wir bei Ulrich von vornherein eine abnorme Reizbarkeit annehmen. Es heißt, es habe schon oft Zank gegeben, und die Försterin hofft, daß es am Hochzeitstage nicht wieder so weit kommen möge. In seiner Verbohrtheit, in seiner fast diktatorischen Gewalt, in seiner Siegesfreude wirkt er fast abstoßend und unsympathisch, und dieser Eindruck wird nur durch das Motiv gemildert.

Hinzu tritt Alkoholintoleranz. Aber um nach Horaz' Rezept die Sorgen zu verscheuchen, greift er zum Alkohol, trotzdem er seine Alkoholintoleranz kennt.

Vergegenwärtigen wir uns auch, welche Schicksalsschläge dieser Mann innerhalb kurzer Zeit erlitten hat. Er wird aus dem Amte gejagt und vor aller Welt als Schurke gebrandmarkt.

Sein reicher Verwandter Wilkens sagt sich von ihm los, seine Frau will ihn verlassen, um den Kindern ihr Erbteil zu sichern, sein Sohn geschändet, seine Forst verwüstet — er hängt ebenso an seinem Walde, wie Bersabe in Wildenbruchs „Rabensteinerin" —, alles das muß bei einer Natur wie Ulrich eine gewaltige psychische Depression hervorrufen, die sich schließlich in einer furchtbaren Katastrophe entladet. Und vergessen wir nicht seine herzliche Reue! „Um nichts, um wieder nichts, hab ich mein Kind gemordet", klagt er, als es zu spät.

Nach amerikanischem Prinzip würde Ulrich unter dem Jubel der Menge freigesprochen werden. Es würde auf die Verquickung besonders ungünstiger Umstände hingewiesen werden, die man mit vollem Recht als Fatalismus ansehen kann. Daß ein gut Teil Fatalismus in dem Stück mitspielt, geht aus Mariens Traum hervor. (IV, 2.)

„Da war ich dort am Quell bei den Weiden an meinem Lieblingsplätzchen und saß in den bunten Blumen und sah nach dem Himmel hinauf; da stand ein Gewitter und mir war so schwer, daß ich vergehen wollte. Und das Kind, weißt du, das bei mir gewesen war, vor vierzehn Jahren*), wie ich mich verirrt hatte, das saß neben mir und sagte: Arme Marie! und zog mir den Brautkranz aus dem Haar und steckte mir dafür eine blutrote Rose an die Brust. Da sank ich hinter mich in das Gras zurück, ich wußte nicht wie. Drüben im Dorfe läuteten sie und das Singen der Vögel, das Zirpen der Grillen, die leise Abendluft in den Weiden über mir — das alles war mir wie ein Wiegenlied. Und der Rasen sank mir immer tiefer und tiefer, und das Läuten und das Singen klang immer ferner — der Himmel wurde wieder blau und mir wurde so leicht."

Unser Strafgesetzbuch würde dem Täter als vermindert zurechnungsfähig zweifelsohne mildernde Umstände zubilligen, aber der Strafe lebenslänglichen Zuchthauses dürfte er kaum entgehen.

Zum Schluß noch ein Wort über Messerschmidt, den feigen Mörder des Buchjägers. Er ist mit der ganzen Strenge des Gesetzes zu bestrafen. Er ist eine niederträchtige rachsüchtige Kreatur: er kennt nur das eine, den Buchjäger aus dem Wege zu räumen, was ihm auch gelingt, nachdem er im Wirtshaus dem schlafenden Andres das Gewehr mit dem gelben Riemen entwendet hat.

Diese kurze Analyse des Stückes hat gezeigt, welche fruchtbringenden Gesichtspunkte der „Erbförster" in kriminalpsychologischer Hinsicht bietet, und wie Otto Ludwig ohne psychiatrische Kenntnisse Charaktere zu zeichnen verstanden hat, aus denen die Kriminalpsychologie viel lernen kann. Auch zur Belehrung des Publikums über den Alkoholismus ist das Stück sehr geeignet.

Zusatz bei der Korrektur.

Nach Abschluß dieser Arbeit habe ich meine Studien über den „Erbförster" weiter fortgesetzt und dieselben in den „Akademischen Mitteilungen" der Universität Freiburg i. Br. (bei Speyer & Karner), Jahrg. 1908, Nr. 19, publiziert. Ferner verweise ich auf eine Arbeit von Prof. Stieder (Fall von Kastration im jugendlichen Alter. Deutsch. med. Wochenschr. 1908), der einen ganz ähnlichen Vergewaltigungsvorfall bringt wie Otto Ludwig.

* Diese Episode wird von dem Erbförster in I, 4 näher ausgeführt.

Personalnachrichten.

— **Königreich Sachsen.** Es sind versetzt worden: Anstaltsarzt Dr. Meltzer von Chemnitz-Altendorf an die Strafanstalt Waldheim; Anstaltsarzt Dr. Geist von Zschadraß an die Landeserziehungsanstalt für Schwachsinnige zu Chemnitz-Altendorf; Anstaltsarzt Dr. Volkmann von Zwickau an die Heil- u. Pflegeanstalt zu Untergöltzsch; Anstaltsarzt Dr. Stemmler von Untergöltzsch an das Kreiskrankenstift zu Zwickau.

— **Heilanstalt Pfullingen.** Assistenzarzt Dr. Stars ist am 20. Dez. 1908 aus der hiesigen Anstalt ausgetreten.

— **Roderbirken.** An der rheinischen Heilstätte für Nervenkranke, die vom 1. Januar in dem Besitze der L.-V.-A. Rheinprovinz ist, ist der II. Assistenzarzt Dr. Liniger ausgetreten, um eine Stelle an den Städtischen Krankenanstalten in Düsseldorf anzutreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. **Nr. 43. 1909.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,** Lublinitz (Schlesien).

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.
Inseratenannahme für Österreich-Ungarn **S. Taussik,** Annoncen-Expedition, Wien II/2, Laufbergergasse 4.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der Provinzial-Idiotenanstalt in **Schleswig** ist zu sofort oder später die Stelle des zweiten

Arztes (Oberarztes)

zu besetzen. Pensionsfähiges Anfangsgehalt 3000 M. bei vollständig freier Station. Bewerber mit psychiatrischer Vorbildung wollen ihre Gesuche mit Lebenslauf und Zeugnissen richten an **den Direktor.**

Psychiater,

verheiratet, mit mehrjähriger Anstaltspraxis **sucht Lebensstellung.** Offerten unter **F. F. 50** an die Expedition d. Bl.

An der **Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka bei Gnesen** ist die Stelle eines **Assistenzarztes** zu besetzen. Gehalt M. 2400 neben freier Station I. Klasse. Nach fünfjähriger Dienstzeit der Regel nach Anstellung auf Lebenszeit als Anstaltsarzt mit einem Gehalte von M. 3300—5300 neben freier Dienstwohnung oder dem tarifmäßigen Wohnungsgeldzuschusse.

Bewerbungen, denen ärztliche Approbation und sonstige Zeugnisse im Original oder in beglaubigter Abschrift, sowie ein Lebenslauf beizufügen sind, nimmt der unterzeichnete Direktor entgegen.

Sanitätsrat Dr. **Kayser.**

An der mit ca. 500 Kranken belegten **Irrenpflegeanstalt St. Thomas zu Andernach a. Rhein** ist die Stelle des

2. Arztes

zum 1. April 1909 neu zu besetzen. Mit derselben ist neben vollständig freier Station I. Klasse ein Bargehalt von M. 2000,—, alle 2 Jahre um M. 200 steigend bis M. 3000 verbunden.

Weitere Ausgestaltung der Stelle bleibt vorbehalten.

Meldungen a. d. **Direktion** d. Anstalt.

Die Heilstätte Roderbirken bei Leichlingen, Kr. Solingen, für weibliche Nervenkranke, Erholungsbedürftige und Rekonvaleszenten (145 Betten) sucht einen

II. Assistenzarzt.

Anfangsgehalt 1800 M., steigend jährlich um 300 M., bei völlig freier Station. Anderweitige Dienstzeit kann berücksichtigt werden. Meldungen erbeten an den leitenden Arzt **Dr. Beyer.**

Heil- u. Pflegeanstalt Waldbroel (Rheinland).

Zum 1. April ds. Js. ist die Stelle der

Oberin

zu besetzen. Anfangsgehalt 900 M., steigend alle 2 Jahre um 75 M. bis 1500 M. Außerdem völlig freie Station II. Klasse, Licht, Heizung und Wäsche. Meldungen mit Photographie und Lebenslauf umgehend erbeten an **die Direktion.**

Heil- u Pflegeanstalt Waldbroel (Rheinland).

2 Assistenzarztstellen

sind sofort zu besetzen. Anfangsgehalt 1800 M. bis 2200 M. (je nach Vorbildung) bei vollständig freier Station. **Bewerbungen** unter Beifügung von Lebenslauf und Zeugnissen umgehend erbeten an **die Direktion.**

Weitere Stellengesuche auf Seite 3 und 4 des Umschlages.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.
Inseratenannahme für Österreich-Ungarn: S. Taussik, Annoncen-Exped., Wien II/2, Laufbergergasse 4.

Nr. 43. 16. Januar 1909.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Inhalt:

Der Fall Pfarrer X. Anonyme Briefschreiberei.

Zugleich ein Beitrag zum Zustandekommen des Gedankenlautwerdens, des Zwangssprechens und Zwangsschreibens.

Von Oberarzt Dr. *Wagner*, Landesirrenanstalt Alzey, früher Heppenheim.

Die von Gerlach-Königslutter erfolgte Veröffentlichung des Falles Pastor Lang, anonyme und pseudonyme Briefschreiberei, welcher psychiatrisch nicht völlig aufgeklärt ist und dessen forensischer Ausgang infolgedessen dem Arzt mit einem Stachel innerer Unzufriedenheit die Frage in suspenso läßt, ob die Verurteilung zu Recht oder Unrecht besteht, veranlaßt mich, den überschriftlichen, von mir in der Landesirrenanstalt Heppenheim kürzlich beobachteten und begutachteten analogen Fall bekannt zu geben, welcher sowohl nach der ärztlichen wie nach der juristischen Seite völlig klar liegt.

Pastor X. schrieb während seiner Amtstätigkeit in der Pfarrei Y. von 1898 bis 1904 anonyme Briefe in solchem Umfang, daß man von einer in Y. eingebürgerten, abscheulichen Unsitte gemeiner anonymer Briefe und Karten sprach. Die Briefe waren mit verstellter Handschrift verfaßt, welche der eines ungebildeten Mannes oder eines Schulkindes vom Lande ähnelte. Sie enthielten in unflätigen Ausdrücken, bei denen sexuell-obscöne Worte eine Hauptrolle spielten, schwere Beschuldigungen, namentlich in sittlicher Beziehung, und waren vornehmlich gegen Lehrer und andere Beamte gerichtet, mit welchen er auf schlechtem Fuß lebte, teils persönlich an sie, teils in Form von Eingaben an Behörden gegen sie.

Sie beschäftigten jahrelang die Staatsanwaltschaft und viele mußten sich wegen der darin enthaltenen unwahren Beschuldigungen vor Gericht verteidigen.

Der Pastor selbst, als Verfasser, richtete ein Schreiben an das Oberkonsistorium, worin er dieses aufforderte, die Staatsanwaltschaft zur Ermittlung des feigen Anonymus anzuspornen.

Nach seiner Versetzung nach Z. hörte die Briefschreiberei in Y. auf und begann in Z. ihr Wesen zu treiben bis zum Frühjahr 1907.

Daneben verfaßte er gleichzeitig eine Menge erbaulicher (im Druck erschienener) Schriften in Form von Gebetbüchern und volkstümlichen Traktaten, auch von Übersetzungen aus dem Englischen, die zum Teil guten Anklang fanden und vielfache Auflagen erlebten, zusammen 27 Bücher und Broschüren.

Nach dem Dekanatsbericht war er ein „sehr begabter, pflichttreuer Geistlicher, ein geistreicher, belesener Mann".

Noch während der gegen ihn eingeleiteten Untersuchung stellte ihm die Kirchenbehörde das Zeugnis aus: „berufliche Tüchtigkeit, hervorragende Begabung als Geistlicher und Schriftsteller, dazu Treue, Fleiß, Gewissenhaftigkeit und die größte Hingebung bei der Erfüllung aller Aufgaben des Pfarramts in Predigt, Unterricht und Seelsorge." Man hielt ihn solcher Taten nicht fähig.

An sich selbst hat er außer dem nötigsten Lebensunterhalt nichts gewendet, dagegen für bedürftige Studierende, Arme und Gemeindezwecke alles hingegeben.

Es häuften sich in der letzten Zeit seiner Amtstätigkeit die Indizien gegen ihn, eine vorgenommene Haussuchung ergab Überreste von Briefpapier, die den Verdacht einer Übereinstimmung mit dem der anonymen Briefe an die Hand gaben, und ein ausge-

zeichnetes Gutachten der Schriftsachverständigen Dr. Popp und Becker, Frankfurt, sprach sich für die Identität der Handschrift des Pfarrers und der des Anonymus aus. Vom Amt suspendiert, wies der Angeschuldigte vor dem Untersuchungsrichter bestimmt und im Brustton der Überzeugung es von sich ab, die Briefe geschrieben zu haben. Auf Antrag des Verteidigers begab er sich zur Beobachtung seines Geisteszustandes in die Landesirrenanstalt Heppenheim.

Ich betone, daß der Pastor hier zunächst keine ohne weiteres aufzudeckenden geistigen Anomalien zeigte, er benahm sich völlig korrekt, so daß er bezüglich der Frage, ob er der Täter sei oder nicht, beziehungsweise welche Motive ihn geleitet haben mochten, ein Buch mit sieben Siegeln darstellte.

Meiner Gewohnheit nach berührte ich auch vorläufig die inkriminierten Handlungen gar nicht, sondern „studierte" den Mann nur. Von günstigem Einfluß erwies es sich, daß er Vertrauensmann des Hilfsvereins für Geisteskranke gewesen war und als solcher mit dem Direktor der Anstalt, Herrn Med.-Rat Bieberbach, brieflich verkehrt hatte. So konnte der Direktor mit einem wirksamen persönlichen Nachdruck ihm den Rat geben, dem Arzt in allem die Wahrheit zu sagen.

Nach vierzehntägigem Aufenthalt begann ich den Pastor seinen Lebenslauf detailliert schreiben zu lassen, indem ich ihn bat, das Hauptgewicht auf die Schilderung der seelischen Vorgänge zu richten, die für ihn in den einzelnen Lebensabschnitten maßgebend gewesen waren. Die nacheinander entstehenden Essays las ich in seinem Beisein durch, machte ihn auf diese und jene gewünschte Vervollständigung aufmerksam und lenkte so allmählich, unmerklich für den Patienten, seine Aufmerksamkeit auf die Punkte, die mir von Wichtigkeit zu sein schienen. Da es inzwischen gelungen war, sein Vertrauen zu erwerben, legte er mehr und mehr seine Reserve ab, und das Geständnis der Tat sowie die Schilderung der Motive, welche ihr zugrunde lagen, flossen ihm auf diese Weise spielend in die Feder. Es wurde dem Mann, der jahrelang alles in sich verschlossen hatte, geradezu ein Bedürfnis, sich endlich einmal auszusprechen, sich alles von der Seele herunterzuschreiben, sich „abzureagieren".

Aus einer sorgfältigen Anamnese, der Untersuchung des Patienten selbst und seinen Aussagen entrollte sich nun das klare Bild eines Zwangsirreseins, über dessen Art das nachstehend wörtlich wiedergegebene Gutachten Aufschluß gibt. In demselben ist nur das eingangs zur Geschichtserzählung Zusammengestellte, um eine Wiederholung zu vermeiden, weggelassen.

Gutachten.

Vorgeschichte aus dem Aktenmaterial.

1. Erbliche Belastung. In der Familie des Vaters und der Mutter sind Geisteskrankheiten vorgekommen; der Großvater mütterlicherseits war „schwachsinnig und gestört", eine Schwester der Mutter ist seit langen Jahren „nervenleidend". Ein Onkel väterlicherseits war Trinker und endete mit Selbstmord. Eine Schwester des Patienten ist geisteskrank. Zwei Brüder sind stark nervös und ein Bruder hat sich als 13jähriger Gymnasiast erhängt.

2. Kinder- und Studentenzeit. Die Geburt des Patienten wurde mit der Zange bewirkt. Seine Eltern haben schon die Befürchtung geäußert, er müsse dabei Not gelitten haben. Im siebenten Jahre hatte er Scharlach mit Wassersucht, wobei er ¼ Jahr krank war, im dreizehnten Jahre Typhus; vor sieben Jahren bestand eine Gelenkentzündung. Ein Arzt, Dr. F., der ihn als Gymnasiast kannte, sagt: die Quantität seines Blutes ist gering, die Qualität schlecht.

Patient hatte als Kind ein weiches, feminines Wesen, und Spiel, Geselligkeit und Frohsinn im Kreise gleichalteriger Kameraden gemieden. Als Sekundaner verkehrte er mit alten Damen, die pietistische Konvertikel abhielten, so daß ihm ein Klassenlehrer Einhalt tun mußte. Als Student setzte er das zurückgezogene Leben fort im Verkehr mit religiös angeregten alten Damen.

Vom Militärdienst kam er wegen eines Ohrleidens frei.

Das Fakultätsexamen bestand er mit der Note 2—3 gut.

In einer Examensarbeit stand am Rande von der Hand eines Professors: „die Fähigkeit des Verfassers, die Grundgedanken präzis zusammenzufassen, ist allerdings sehr gering."

Ein anderer nannte ihn in einer Randbemerkung: „weiche Johannesseele".

3. Amtstätigkeit:

a) In der Provinz A.: Schon vom zweiten Jahre seiner Amtstätigkeit an lebte er in F. 1887 auf gespanntem Fuße mit seiner Gemeinde. Er beschuldigte oft Gemeindemitglieder der Sittenlosigkeit, und stieß vielfach wegen rigoroser Verurteilung jedes Fehltrittes an, wie aus den Protokollen vom 22. und 27. August und aus dem Bericht des Dekanats vom 22. August 1887 hervorgeht, nach welchem es unter anderem heißt: „der Bürgermeister St. führte bittere Klagen über das „Hausen" X.s in Kirche und Schulen. Namentlich wird der Zelotismus hervorgehoben, welcher den jungen Mann oft so sehr beherrscht, daß er ermattet auf die Kanzelbrüstung sinkt."

Er war so fanatisch, es für ungehörig zu halten, daß sich auf der Straße zwei kleine Kinder, ein Knabe und ein Mädchen, an der Hand führten. Die Dekane, welche ihn baten, sich eines gewissen

Taktes zu befleißigen, hielt er für seine Gegner und nannte den einen derselben in einem Bericht an das Oberkonsistorium einen Lügner.

1887 bis 1889 litt er an Schlaflosigkeit.

Er fraternisierte mit den Chrischonabrüdern, einer damals verpönten Richtung, und legte eine Vorliebe zu katholischem Kultus an den Tag.

Er wurde von der definitiven Anstellung zurückgesetzt und erst 1890 Pastor in H. Dort heiratete er. „H. ist eine abnorme Gemeinde, die Zustände waren so trauriger Art, wie sie sonst nirgends sich finden. Wie ein roter Faden ziehen sich die Klagen der Geistlichen über die Zustände in der Gemeinde gerade gegen die tüchtigsten Geistlichen durch deren Berichte."

Er war bald in Streit mit Gemeinde und Kirchenvorstand.

Damals war er schon so nervös, daß er im Pfarrgarten die Obstbäume und Fichten, die die Zierde des Gartens waren, umhauen ließ, weil er deren Rauschen nicht hören konnte.

Im Bericht des Dekans vom 3. November 1897 heißt es: er ist ein außerordentlich schüchterner, ängstlicher, nervöser Mann, der sich vom Verkehr mit den Menschen möglichst abschließt, um nervöse Erregungen zu vermeiden.

In einer Beschwerde der Einwohner von H. gegen ihn vom Mai 1882 heißt es: er bedient sich sehr ordinärer Worte, welche auf keine Kanzel gehören und allgemeines Gelächter erregen.

Nach einem Berichte des Dekanats 1892 würde er durch die Predigten mit trivialen Ausdrücken die Leute noch ganz aus der Kirche vertreiben, der Kirchenvorstand würde für ihn nicht existieren; es müsse Abhilfe geschafft werden.

b) 1893 wird er nach dem entfernten Y. in der Provinz B. versetzt. Ein Mitglied des Kirchenvorstandes sagte ihm bei seinem Antrittsbesuch: nun Herr Pfarrer, sie werden auch etwas angestellt haben, unsere Stelle ist eine Strafstelle.

Diese Versetzung sah er als eine Beschimpfung an und kam sich wie ein Geächteter vor.

Nach einem Dekanatsbericht herrscht in Y. übertriebenes Wirtshausleben und sonstige Liederlichkeit.

Er kam schon körperlich herunter nach Y. infolge der Anfeindungen, Streitigkeiten und Anstrengungen durch die Filialen E.s. Er erholte sich da im ersten Jahre etwas, dann aber begannen neue Wirren. Er lebte auch hier in kurzer Zeit in Streit mit der Gemeinde und Lehrern, war in einen Privatprozeß verwickelt und „machte viele Feindschaft und Durcheinander, weil er sehr garstig und unbeliebt war".

In seinen Predigten und in der Aufregung gebrauchte er sehr derbe Ausdrücke und wußte oft später nichts mehr davon.

Dabei waren seine Predigten sorgfältig schriftlich vorbereitet, biblisch und eindringlich; manche davon sind im Druck erschienen.

Er ließ seine Neigung zum Katholizismus hervortreten und eine spanische Prinzeß stiftete ihm ein Kirchenfenster.

Seit dem Jahre 1898 schrieb er, wie er dem Arzt in der Anstalt am 21. April 1908 angab, und was hier vorweg genommen werden soll, die eingangs erwähnten anonymen Briefe.

Im Jahre 1897 bat der Kirchenvorstand in Y. um Abberufung des Pastors, da er die ganze Gemeinde zum Feind habe. Das Gesuch wurde 1900 wiederholt. Alle die Jahre zogen sich hin mit Beschwerdeschriften der Einwohner von Y. gegen den Pastor, mit Gegenschriften des letzteren, mit Feindseligkeiten, die er mit Amtskollegen und Gemeindemitgliedern hatte.

1904 wurde der Pastor nach Z. versetzt.

Die Amtszeit in Z. von 1904 bis 1907 war nun eine Fortsetzung der geschilderten Verhältnisse. Sein Zelotismus und überspannter Amtsbegriff stießen überall an. Er hielt Eislaufen, Tanz, Karussell auch bei Kindern für unanständig und witterte in harmlosen Vorgängen geschlechtliche Gefahren und Fehltritte. Er gebrauchte in den Predigten „Sauworte" und beschwerte sich bei seinem Bruder darüber, daß man ihm solches nachsage. Auch erwies er sich in anderen Fällen als unwahr und berief sich dann auf Zeugen, die gerade das Gegenteil aussagten.

Mit Kirchenvorstand, Lehrer und Gemeinde stand er bald auf dem schlechtesten Fuße, die evangelische Krankenschwester strengte einen Beleidigungsprozeß gegen ihn an, und seine anonymen Briefe verbreiteten sich jetzt in Z.

Der Umstand, daß er seine geisteskrank zu bezeichnende Schwester im Hause behielt und treulich versorgte, obschon sie den Bruder in der Gemeinde herabsetzte, erschien dem Kirchenrat B. stets als etwas Großes.

Er wurde seit der Versetzung nach Z. noch menschenscheuer, sprach selbst mit seiner Frau wochenlang nichts und verkehrte dann nur schriftlich durch Zettel mit ihr. Dabei schien sein Verhältnis zu seiner einfachen, herzensguten Frau, wie überhaupt sein häusliches Leben, einwandfrei.

Charakteristisch ist ein Brief aus der Zeit in Y. an seine Frau, in dem er als gebrochener Mann erscheint.

In Z. litt er an Angstgefühlen, es mußte nachts Licht gebrannt werden, er schloß sich taglang in sein Zimmer ein, war vergeßlich, schwermütig und mißtrauisch, sprach laut mit sich im Zimmer.

Bei der Beerdigung seiner Schwiegermutter in P., die er während ihres langjährigen Krankenlagers nicht besucht hatte, lief er allein, so rasch er konnte, vom Friedhof nach dem Trauerhaus und setzte sich getrennt von allen Verwandten und Bekannten in ein Zimmer allein.

Stets fiel ein plötzlicher Stimmungswechsel auf: „er brach oft bei den Dekanatssynoden und anderen Gelegenheiten ohne jede äußere Veranlassung in ein krampfhaftes, kreischendes Lachen aus, wobei er mit dem ganzen Körper wie ein Hanswurst arbeitete, was den Eindruck machte, als sei es das Lachen eines Blödsinnigen."

Man hielt ihn schließlich für geistig nicht mehr normal, nicht für zurechnungsfähig.

Kriminalkommissar U. sagt: „er wird auch als ein Sonderling bezeichnet, woraus vielfach der Schluß gefolgert wird, daß er nicht normal im Geiste sei."

Dekan L. berichtet: „seine Unterhaltung, insbesondere sein Lachen, sein Dialekt war derart, daß ich mich geschämt habe dieses Amtsbruders, ich halte ihn für einen geistig nicht normalen Menschen."

Es mehrten sich die Indizien, daß er der Verfasser dieser Briefe sei; er wurde vom Oberkonsistorium vom Amte suspendiert; in gerichtliche Untersuchung gezogen, bestritt er die Täterschaft und traf am 24. März 1908 zur Beobachtung in der Anstalt Heppenheim ein.

Eigene Erhebungen.

Patient ließ sich die Haare lang wachsen, weil es ihn am Kopfe fror, was ihm viel Spott eintrug. Er war Klatsch zugänglich.

Die Krankenschwester in Z. berichtet von Kopfschmerzen und Schwindelanfällen, die er hatte.

Aussagen des Bruders: auf einer Photographie aus der H.er Zeit sehe Patient spitz und mager aus.

1887 habe derselbe gelegentlich seiner beabsichtigten Versetzung nach F. ernstlich zu ihm gesagt: „der Teufel ist hinter mir her und sagt: nimm's nicht an."

In H. und Y. habe er längere Zeit eine mit kaltem Wasser gefüllte Herzflasche auf der Brust getragen.

Die Besuche des Patienten bei ihm seien häufig nur kurz gewesen, er wäre dann plötzlich auffallend still und sehr unruhig geworden und hätte sich durch kein Zureden länger halten lassen. Wäre Besuch dagewesen, wäre er stehenden Fußes nach Hause zurückgekehrt. „Das wunderliche Wesen meines Bruders hat sich immer gesteigert, er wurde nach und nach immer verbissener, schloß sich immer mehr in sein Zimmer ein, sprach bei Besuchen oft kein Wort und machte stets mehr Eingaben, in denen er Unsinniges behauptete."

Aussagen der Frau: Manchmal kam mein Mann von seinem Zimmer herunter und sah aus wie eine Leiche, obschon er vorher ganz gut aussah. Diese plötzlichen auffallenden Veränderungen kamen häufig. Er sagte: „es ist mir geradezu, wie wenn ich den Kopf verhauen bekäme." Von seinen Filialgängen hätte er längstens um 4 Uhr mittags zu Hause sein müssen. Häufig blieb er aus bis um 5, 6 auch $7^1/_2$ Uhr. Er sah dann gewöhnlich schlecht aus, besonders die eine Gesichtshälfte war ganz eingefallen.

Das Befinden hat sich immer verschlimmert von Jahr zu Jahr. Nach Y. kam er mit dem Vorgefühl, es sei eine Strafstelle. Von der Zeit an war es ab; er war gerade wie geknickt. Nach zwei bis drei Jahren wurde er dort auffällig schlimmer. In den ersten zwei Jahren sah er dort besser aus.

Auf Befragen: der hölzerne Klosettsitz in Y. war hüben und drüben abgetreten, es war an diesen Stellen die Ölfarbe ziemlich weg. Mein Mann sagte manchmal, daß er nicht darauf sitzen könne, er müsse sich darauf stellen. Ich erinnere mich genau, daß er es in Y. sagte.

Sein sexuelles Leben war in den ersten drei Jahren der Ehe normal, auch wieder seit seiner Suspendierung. In den dazwischenliegenden dreizehn Jahren beobachtete er Abstinenz, die er für mich und sich wegen beiderseitiger schwächlicher Konstitution für besser hielt.

Im sechsten oder siebenten Jahre des Aufenthaltes in Y. ging einmal dort das Gerücht, mein Mann wäre nach Heppenheim gekommen. Im zweiten Jahre des Aufenthalts in Z. kamen Nachbarsleute aus Y. und sagten: „ach, wir sind doch froh, daß wir Sie beide gesund sehen, wir hatten gehört, daß eins von Ihnen erkrankt und in eine Anstalt gekommen sei." Sie meinten meinen Mann und Heppenheim.

Eigene Beobachtung am Kranken.

Körperliche Untersuchung. Patient ist von kleiner, untersetzter Statur, von kräftigem Knochenbau, gut entwickelter Muskulatur und verhältnismäßig reichlichem Fettpolster. Der Kopf hat im ganzen hydrozephalischen Typus, indem der Schädel rundlich erweitert ist und das Gesicht demgegenüber etwas klein erscheint. Das Hinterhaupt ist etwas abgeflacht. Das lange schwarze Haar ist dünn und weich, das Gesicht unsymmetrisch, die rechte Gesichtshälfte schmäler als die linke, der Gesichtsausdruck abgespannt, die Augen sind bläulich umrändert. Die Nase weicht stark nach links ab, der rechte Nasengang ist sehr eng, der rechte Unterkieferast etwas länger als der linke; dadurch prominiert der rechte Kinnwinkel. Der linke Gaumenbogen steht in Ruhelage höher wie rechts. Diese Differenz steigert sich bei Innervation. Die Zunge hat keine Bißnarben. Das linke Trommelfell ist etwas verdickt und weniger glänzend. Flüstersprache wird hier nur auf drei Meter Entfernung gehört.

Die Pupillenreaktion ist rechts bei Akkomodation erheblich träger wie links. Es besteht beiderseits Kurzsichtigkeit. Die gesetzmäßige Muskelzuckung am Oberschenkel beim Beklopfen der Kniescheibensehne ist rechts weniger ausgiebig, wird beim wiederholten Klopfen immer schwächer und zuletzt nicht mehr auslösbar.

Der Geruchsinn ist abgeschwächt: an Salmiakdämpfen kann ohne sichtliches Unbehagen längere Zeit gerochen werden; Kölnisches Wasser kann nicht annähernd definiert werden.

Der Geschmacksinn ist herabgesetzt: Eine starke Saccharinlösung wird als salzig bezeichnet, eine Salzlösung für geschmacklos erklärt. Eine Lösung von Essigsäure wird auf der rechten Zungenhälfte richtig, links als bitter geschmeckt. Chininlösung wird nicht unangenehm empfunden; er nennt sie, auf die rechte Hälfte gebracht, sauer, auf die linke, bitter und zwar macht er die gleichen Angaben, ob man die vorderen oder die hinteren Zungenpartien prüft. Auf den hinteren Partien ist der Geschmacksinn noch stärker beeinträchtigt; er bezeichnet da eine Salzlösung als süß und eine Lösung von Essigsäure als leise sauer.

Es besteht eine große Gefäßempfindlichkeit der Haut, so daß nach geringem Drücken derselben außergewöhnlich große blaue Verfärbungen entstehen und auf die Haut gezeichnete Linien noch lange als rote Striche bestehen bleiben. (Dermatographie.)

Die Empfindlichkeit der Haut für Berührung ist auf der ganzen Oberfläche herabgesetzt; meist wird beim abwechselnden Berühren der Haut mit der Spitze und dem Kopf einer Nadel erstere auch für den Kopf gehalten, selbst beim mäßigen Einstechen der Nadelspitze.

Der Temperatursinn ist auf der ganzen Hautoberfläche derartig vermindert, daß Differenzen von 9 bis 30 Grad Reaumur nicht empfunden werden, an den Unterschenkeln sogar nicht Differenzen zwischen 12 und 41 Grad.

Das Muskelgefühl und der Lagesinn an beiden Unterarmen, Händen und den Zehen ist erheblich herabgesetzt; bringt man dem Patienten passiv die Finger der linken Hand in bestimmte Stellungen, so ist es ihm bei geschlossenen Augen unmöglich, diese mit der rechten Hand nachzuahmen. Forder man ihn auf, bestimmte Zehen anzufassen, nachdem man ihm vorher die Augen verbunden hat, so trifft er selten die richtige Zehe. Soll er den Zeigefinger in die Ellenbogenbeuge legen, so legt er ihn konstant 6 Zentimeter entfernt davon auf den Unterarm.

Auch der Drucksinn ist stark vermindert an allen Extremitäten: Legt man nacheinander Gewichte von fünf und zwei Pfund auf, so werden diese als gleichschwer bezeichnet; beim Auflegen von fünf und ein Pfund wird letzteres als „vielleicht etwas leichter" bezeichnet.

Die Fähigkeit, bekannte Gegenstände durch Betasten bei geschlossenen Augen zu erkennen (stereognostischer Sinn) ist erhalten.

Lunge, Herz und Bauchorgane bieten nichts Krankhaftes.

Patient hat einen eigentümlichen Gang, indem er das rechte Bein etwas nach innen gedreht hält, es vorsichtig, wie den Boden suchend, aufsetzt.

Er hat in der Anstalt gleichzeitig zwei Unterjacken, ein Nacht- und ein Taghemd an. Auf das Kopfkissen legt er sich für die Nacht einen Überzieher und wickelt sich ein wollenes Nachthemd um den Kopf.

Am 7. April wurde hier ein kurzer Schwindelanfall beobachtet.

Untersuchung in geistiger Beziehung.

Patient ist völlig orientiert, benimmt sich korrekt, macht einen pietistischen Eindruck und hat in seinem Wesen etwas Süßliches und Geziertes. Seine Schrift ist ohne Grundstriche und gedrechselt. Seine Stimmung ist im allgemeinen wechselnd, bald gedrückt, bald freier.

Prüfung des Rechenvermögens: kleine Aufgaben im Multiplizieren, Dividieren und Subtrahieren kann er lösen. Schreibt man aber zum Addieren eine selbst kleine Anzahl nur ein- und zweistelliger Zahlen vertikal untereinander, so versagt er und bekommt beim jedesmaligen Nachaddieren ein anderes Resultat. Er vergißt dabei regelmäßig den Übertrag der Zehner und wiederholt beim lauten Zusammenzählen die im Laufe der Addition inzwischen erreichte Summe falsch, weil er die richtige bereits wieder vergessen hat. Es stellt sich dabei heraus, daß er überhaupt nur an den Fingern rechnet, sich dabei räumlich stets die Finger vorstellt und an diesen abzählt. Er braucht auch zu der einfachsten Kombination z. B. 3 und 5 mitunter bis zu einer Minute Zeit.

Er unterscheidet beim Addieren ein Bausch- und Bogen- und ein kunstgemäßes Rechnen; er liefert häufig ein richtiges Resultat, was er aber für ungenau hält. Das kunstgemäße Rechnen allein sei exakt. Er zieht hierbei bei Zusammenzählen zweier Zahlen jedesmal ab, weil er die Vorstellung hat, daß beim Addieren zweier (2) Zahlen zu einer (1) aus 2 eins wird, demnach 1 verloren ginge, welches deshalb von der Summe abgezogen werden müsse. Auch bei dem Übergang der Einer in die Zehner zieht er 1 ab, wobei er die räumliche Vorstellung hat, daß dabei die Einerreihe in der Zehnerreihe verschwinde, dadurch diese Einerreihe resp. 1 verloren ginge und dieses 1 deshalb vom Resultat abgezogen werden müsse. Beim Übergang der Zehner in die Zwanziger zieht er dementsprechend 4, in die Dreißiger 6 ab, indem er denkt, die Zwanziger beständen aus 2, die Dreißiger aus 3 Zehnerreihen und bei jeder der Zehnerreihen müßten die ursprünglich verlorengehenden 2 (1 für das Verschwinden der Zehnerreihe und 1 für das Zusammenschmelzen der zwei Zahlen in eine) abgezogen werden. Er spricht hierbei von dem „Herumkommen" um die Zehner, Zwanziger usw.

Bei seinen amtlichen Voranschlägen hat er sich damit geholfen, daß er jedesmal nur zwei Zahlen bei der Addition vornahm und nacheinander deren Summen zusammenzählte. Er habe oft bei einer jährlichen Kirchenbilanz von 400 M., die jedes Jahr fast dieselben Posten enthielt, auf nebenliegendem Papier seitenvoll ins Unreine gerechnet. Dabei waren die Voranschläge öfters falsch, und es wurde ihm vom Kreisamt ein Schreiber geschickt, der ihm die Aufstellung machte.

Bei den Aufgaben $x - 3 = 14$, und $x : 9 = 5$ sagt er sofort: „das kann ich nicht rechnen." Er kann die Aufgaben, trotzdem man sie ihm mundgerecht macht, und er sie richtig in Worte kleidet, nicht lösen. Bei der Aufgabe, vier Pfund Mehl geben fünf Pfund Brot, wieviel Pfund Brot gibt ein Zentner Mehl, sagt er: „Ich schäme mich ordentlich, daß ich das nicht kann, aber das ist zuviel für mich." Dabei macht er eine drehende Bewegung der Hand um den Kopf, welche Verwirrung versinnbildlichen soll.

Er hat auch in der Schule nicht rechnen können, und beim Abiturientenexamen die Aufgaben sich zu verschaffen gewußt.

Weitere Prüfung des abstrakten Denkens.

Man gibt ihm aus Kants Kritik der reinen Vernunft den Abschnitt über Raum und Zeit. Er kann dabei das Wesentliche nicht auffassen, daß im Raum alle Dinge nebeneinander und in der Zeit nacheinander sind, sagt vom Raum beieinander und von der Zeit nebeneinander.

Gedächtnisprüfung.

Die in der Schule und in der Studentenzeit erworbenen Kenntnisse sind präsent. Eine Abhandlung

über Streit der Pflichten weiß er korrekt wiederzugeben. Drei vierstellige Zahlen kann er nach zwölf Minuten Lernzeit nicht richtig wieder nennen. Bei den Assoziationsversuchen auf Sommerschen Bogen weiß er ungefähr die Hälfte der auf die Reizworte ausgelösten Assoziationen wiederzugeben.

Er kann im Stehen nicht das Vaterunser hersagen; man sieht, er wird immer verlegener und unsicherer dabei, und er bricht schließlich ab und sagt: „Ich kann nicht mehr, es ist mir ganz schwindelig im Kopf."

Patient ist anfangs zurückhaltend über Mitteilungen bezüglich seines Innenlebens. Mit wachsendem Vertrauen deckt er es mündlich und schriftlich allmählich rücksichtslos auf und gibt so die Schlüssel zu seinem scheinbar widersprechenden Verhalten.

Er macht folgende Angaben:

1. Über seine Kindheit:

26. III. Nach Angabe seiner Mutter seien seine Schädelnähte lange offen gewesen.

8. IV. Er aß als Kind kein Fleisch, keine Butter und kein Gemüse. Er onanierte vom 14. Jahre bis zu seiner Verheiratung. Während letzterer war er viele Jahre in sexueller Beziehung abstinent und faßte dies als Sühne auf für die frühere Verfehlung.

8. V. Ein Wahn steckte schon seit Kindheit in ihm. Ich bin meiner Anlage nach von Kindheit vereinsamt gewesen, ich hätte als Kind oft tagelang weinen können, eine Wehmut lag über mir. Ich bin nicht mitteilsam gewesen; es fiel mir ungemein schwer, etwas zu sagen, ob Freud oder Leid. Als Obertertianer war ich einmal einige Tage in L. Als ich nach Hause kam, hätte ich so gerne etwas erzählt, ich konnte nicht. Meine Mutter frug ganz verzweifelt, ob etwas passiert sei, ich konnte kein Wort antworten und ging zu Bett, ohne ein Wort gesprochen zu haben. So ging mirs häufiger.

10. V. Ich habe mir immer gewünscht, ein Mädchen zu sein.

1. V. Als Kind schon konnte ich mich nicht auf das Klosett setzen, sondern nur in Kniebeuge auf dem Sitz stehend mein Geschäft verrichten. Ich hatte die Vorstellung, als kämen von unten Ratten in dem Rohre heraufgelaufen und würden mich beißen.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Abwehr.

Herr Dr. Tille schreibt in seinem Aufsatz „Was soll werden?" (Nr. 42) folgenden Satz: „Aber wenn auch Herr Scholz-Obrawalde voller Resignation die mit Recht heftig befehdete Anschauung vertritt, daß der Anstaltsarzt eigentlich fast gar keine positive Arbeit leistet, so wollen wir, die wir erheblich abweichender Ansicht zu sein uns erlauben, deshalb noch lange nicht resignierend am allgemeinen Lebenswege beiseite stehen. Wir müssen vielmehr für unser irrenärztliches Ansehen kämpfen mit allen Waffen, die uns zu Gebote stehen!"

Dazu bemerke ich: ich habe nirgends gesagt, daß der Anstaltsarzt eigentlich fast gar keine positive Arbeit leiste. Ich müßte geradezu von Sinnen gewesen sein, hätte ich je eine solche Behauptung gewagt.

Ich habe gesagt: wir können Geisteskranke nicht von ihrer Geistesstörung heilen. Das ist alles. Daß wir ihnen u. U. das Leben retten, daß wir sie vor Gefahren schützen, daß wir sie pflegen, sie erziehen, und manche von ihnen aus dem Bereich des Halbtierischen zu Menschen erheben, — ist das alles „negative" Arbeit? Bin ich denn blind gegen die Fortschritte unserer praktischen Psychiatrie?

Ich stecke auch nicht „voller Resignation". Ich habe nie bestritten, daß die späteren Zeiten uns noch bringen können, was die Gegenwart vermissen läßt. Pessimismus für das Heut, Optimismus für das Morgen, — so scheint es mir das Rechte, denn in diesem kurzen Satz steckt der Hebel allen Fortschritts. Wollen wir im Ernste voran, so ist das Erste, daß wir die Schranken unseres jetzigen Könnens sehen und den Nebel unserer Illusionen teilen, auch wenn es unseres Herzens Ruhe stört.

Und zum dritten habe ich gesagt: auch jetzt, wo wir therapeutisch beinah unvermögend sind, ist Raum für unser Handeln, nur sollen wir die rechte Stelle suchen. Und diese rechte Stelle ist das weite Feld der Prophylaxe, an Hoffnung tausendfach so reich als alle Zukunftstherapie. Auf dem Kampfplatz gegen Alkohol und Syphilis und Krankheitserblichkeit, da sind die wahren Lorbeeren noch zu holen, und in diesen Kampf hinein gehören auch die „Anstaltsärzte", ja sie sind die eigentlich Berufenen dazu. Ist auch das wieder keine „positive Arbeit"?

„.... nicht resignierend beiseite stehen. Wir müssen vielmehr für unser irrenärztliches Ansehen kämpfen." „Vielmehr"! Als säße ich auf dem Sofa, rauchte die Pfeife und ließe die Psychiater gute Leute sein! Als hätte ich nicht auch ein Herz für Berufs- und Standespflichten! Wie wirksam sind doch die Antithesen! Auf der einen Seite der nicht resignierende, positive Arbeit leistende Anstaltsarzt, der für das irrenärztliche Ansehen kämpft, und auf der andern der tatenscheue „Negativist", der beiseite steht, weil ihm das alles eine hohle Nuß ist. Mag sein, Herr Tille hat es selbst so böse nicht gemeint. Indes, er hat es so doch oder ähnlich hingeschrieben, und ich für meine Person, der ich schon einmal mich gegen laute und scharfe Angriffe habe wehren müssen, lege Wert darauf, daß man erstens meine Anschauungen richtig wiedergibt, auch Wesentliches nicht verschweigt, und daß man zweitens nicht Folgerungen aus ihnen zieht, die selbst den Schimmer von Berechtigung vermissen lassen.

Scholz.

Mitteilungen.

— **Zweiter internationaler Kurs der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie zu Giessen** vom Dienstag den 13. bis Sonntag den 18. April 1909. Stundenplan. Die Vorträge werden im Hörsaal der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten (Frankfurterstraße 99) gehalten. Dienstag, den 13. April. 9—10 Uhr: Dannemann, Der angeborene Schwachsinn als kriminogener Faktor. 10—11 Uhr: Sommer, Der Ausdruck psychischer Zustände in morphologischen und motorischen Formen. Anlage, Reiz und Reaktion im Gebiete der normalen Psychologie, Psychopathologie und Kriminalpsychologie. 11—12 Uhr: Aschaffenburg, Die sozialen Ursachen des Verbrechens. 12—1 Uhr: Mittermaier: Der Schuldbegriff. 4—5 Uhr: Aschaffenburg: Die individuellen Ursachen des Verbrechens. 5—6 Uhr: Mittermaier, Der Begriff der Gefährlichkeit des Verbrechers.

Mittwoch, den 14. April. 9—10 Uhr: Dannemann, Die erworbene Geistesschwäche und ihre Beziehungen zur Kriminalität. 10—11 Uhr: Sommer, Die Bedeutung der morphologischen Abnormitäten. Lombrosos Lehre vom geborenen Verbrecher. 11 bis 12 Uhr: Aschaffenburg, Die Psychologie des Verbrechers. 12—1 Uhr: Mittermaier, Einteilung der Verbrecher nach Schuld und Gesinnung. 4 bis 5 Uhr: Dannemann, Die Wahnvorstellung als Kausalmoment antisozialer Handlungen. 5—6 Uhr: Sommer, Demonstrationen.

Donnerstag, den 15. April. 9—10 Uhr: Dannemann, Periodische Geistesstörungen und ihre Beziehungen zum Strafrecht. 10—11 Uhr: Sommer, Kriminalpsychologie und Familienforschung. 11 bis 12 Uhr: Aschaffenburg, Verminderte Zurechnungsfähigkeit und temporäre Unzurechnungsfähigkeit. 12—1 Uhr: Mittermaier: Die einzelnen Klassen der Verbrecher unter Berücksichtigung der Schuldfrage. Jugendliche. Gewohnheitsverbrecher. Unverbesserliche. — Nachmittags findet ein Ausflug zur Besichtigung einer Strafanstalt statt.

Freitag, den 16. April. 9—10 Uhr: Dannemann: Die Geistesstörungen im Strafvollzug. Die Versorgung der gefährlichen Geisteskranken. 10 bis 11 Uhr: Sommer, Die strafrechtliche Handlung als Form der Ausdrucksbewegung. Determinismus und Strafe. 11—12 Uhr: Aschaffenburg, Die Kriminalität der Jugendlichen und ihre Bekämpfung. Jugendgerichtshöfe und Zwangserziehung. 12—1 Uhr: Mittermaier: Der Einfluß der Gesinnung auf die Strafe. 4—5 Uhr: Aschaffenburg, Die psychophysiologische Wirkung des Alkohols. Die klinischen Formen des Alkoholismus. Seine strafrechtlichen und sozialen Beziehungen. 5—6 Uhr: Mittermaier, Das System von Strafen und sichernden Maßnahmen, speziell das Gefängniswesen.

Sonnabend, den 17. April. 9—10 Uhr: Dannemann, Die forensische Bedeutung der Simulation geistiger Störung. 10—11 Uhr: Sommer, Die Ausdrucksbewegungen bei Epilepsie, Hysterie und Alkoholismus. 11—12 Uhr: Aschaffenburg, Die Gutachtertätigkeit. Technik des Gutachtens. 12 bis 1 Uhr: Mittermaier, Das Gefängniswesen mit Rücksicht auf die Gesinnung des Täters. 4—5 Uhr: Dannemann, Die Wahl des Vormundes im Hinblick auf die Prophylaxe der antisozialen Betätigung Geisteskranker und Geistesschwacher. 5—6 Uhr: Sommer, Demonstrationen.

Sonntag, den 18. April. 9—10 Uhr: Dannemann, Psychiatrische Wünsche bei der Ausbildung der Polizei- und Strafanstaltsbeamten. 10—11 Uhr: Sommer, Psychologie der Aussage und Tatbestandsdiagnostik. 11—12 Uhr: Aschaffenburg, Sexuelle Psychopathologie und ihre forensische Beurteilung. 12—1 Uhr: Mittermaier, Entlassung und Fürsorge für Entlassene. Strafersatzmittel. — Nachmittags findet eine Besichtigung der neuen Irrenanstalt in Gießen statt.

Die Begrüßung findet am Montag den 12. April, abends von 8½ Uhr ab, im Hotel Großherzog von Hessen, Bahnhofstr. (Ecke der Westanlage) statt. — Folgende Hotels gewähren den Kursteilnehmern volle Pension inkl. Zimmer: Großherzog von Hessen (7 M.), Kuhne (5,50—6 M.), Viktoria (6 M.), Schütz (5,50 bis 6 M.), Prinz Karl (7 M.), Prinz Heinrich (Zimmer mit Frühstück 2,50 M.; Mittagessen von 1,30 M. an). Privatwohnungen werden gern besorgt (Preis 2—3 M. inkl. Kaffee). — Teilnehmerkarten zu 20 M. am Empfangsabend oder in der Klinik.

Professor Dr. Sommer.

— **Emmendingen**, 1. Januar. In der Nacht zum Donnerstag versuchte sich der in der hiesigen Apotheke angestellte Gehilfe Herm. Sp. mit Morphium zu vergiften; ehe das Gift seine Wirkung tat, wurde die Sache glücklicherweise bemerkt; so konnten gleich geeignete Gegenmittel angewandt werden. Sp. wurde Donnerstag früh in das städt. Krankenhaus verbracht, wo er vergangene Nacht plötzlich einen Tobsuchtsanfall bekam, so daß er mit Hilfe von zwei herbeigerufenen Schutzleuten (!) in die Isolierzelle verbracht werden mußte.

(Freiburger Zeitung, 2. I. 09.)

Referate.

— Über das Vorgehen des Pflegepersonals bei Gewalttätigkeiten Geisteskranker unter Berücksichtigung der geisteskranken Verbrecher und der verbrecherischen Geisteskranken von Dr. C. Wickel, Oberarzt der Prov.-Irrenanstalt Obrawalde b. Meseritz (Posen).

Die empfehlenswerte kleine Schrift lehrt in leicht verständlicher Weise, wie der Pfleger, einerseits zu seiner oder anderer Sicherung, andererseits auch zur Schonung der Geisteskranken vorzugehen hat, wenn von dessen Seite gewalttätige Handlungen drohen.

Heinicke-Waldheim.

— Über die im kommenden März bereits den zweiten Jahrgang vollendende **Zeitschrift für Religionspsychologie**, Grenzfragen der Theologie und Medizin, theolog. Herausgeber: Prof. D. Dr. Georg Runze, Berlin, ärztlicher Herausgeber: Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz, Schles. (Verlag: C. Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a. S.), bringt die evangelische Kirchenzeitung vom 27. XII. 08 aus der Feder eines Theologen (Budy) eine längere bemerkenswerte Besprechung, der wir folgendes entnehmen:

„Diese Zeitschrift hat ihren ersten Jahrgang seit einiger Zeit beendet. Er hat erfüllt, was wir uns von Anfang an von ihm versprachen, er hat durch mannigfache Artikel, größere Aufsätze und Einzelskizzen einen Einblick in dies schwierige, rätselvolle Grenzgebiet zwischen Theologie und Medizin gegeben. Die verschiedensten Standpunkte sind dabei zu Worte gekommen, von den verschiedensten Gesichtspunkten aus sind die Gegenstände der Beobachtung betrachtet worden, je nach dem Glaubensstande der Autoren. Das darf bei einem Sprechsaal der Gelehrten, bald theologisch, bald medizinisch interessierter Kreise nicht verwundern. Ob aber die Leser unserer Ev. K.-Ztg. Gefallen daran finden würden, das kommt freilich nicht sowohl auf ihren Glaubensstand an — der ist ja der positiv-evangelische — sondern dabei wird Geschmack, Zeit und Neigung den Ausschlag geben. Denn wichtig, bedeutsam, interessant sind alle diese Dinge für uns, und man hat Gelegenheit, für die Seelenpflege der Kranken wie der Gesunden, der Alten wie der Jungen vielerlei zu lernen, wenigstens auf manche Vorkommnisse der speziellen Seelsorge mehr als bisher Wert zu legen. — Durch die Mehrzahl der vorliegenden Aufsätze weht ein sehr freier, unbefangener Forschergeist, der uns nicht selten gar zu frei erscheinen will. . . . . Neben vielen neutralen oder religiös indifferenten Aufsätzen finden sich aber auch nicht wenige, denen man einen warmen religiösen Pulsschlag abfühlt, die deshalb aber nicht weniger wissenschaftlich sind als die andern. . . . Die Zeitschrift für Religionspsychologie bietet schon in ihrem ersten Jahrgange eine große Fülle von Denkstoff für nachdenkliche Leser, besonders für Aerzte und Seelsorger. Man glaubt sich dabei bald als Zuhörer eines praktischen Theologen oder Philosophen, bald eines Pychologen oder Anthropologen. Es begegnen da überraschende Aufschlüsse über konfessionelle Besonderheiten der Protestanten und der protestantischen Sekten, der Katholiken, der alttestamentlichen Juden, sogar der Mohammedaner und der neuplatonischen Mystiker. Man erfährt, wieviel seit Franz Delitzsch's „Biblische Psychologie" (1853) erforscht ist über die Prophetie eines Jesajas und Ezechiel etc., über die Psychologie des Gebets, empfängt sogar Erklärungsversuche für das religiöse Genie Jesu Christi (einen positiven und einen pathologischen), sodann erhält man auch Aufschluß über ethische Fragen, über Schuld und Zwang, über die Trunksucht in der Bibel, über Zwangshandlung und Religionsübung, über Philosophie und Religion, über die Antipathie des altjüdischen Volkes gegen Bilder, über den Bahaismus (eine muhammedanische Sekte). Ein Aufsatz über Religiosität und Abnormität führt in die Grenzfragen zwischen Theologie und Medizin tief hinein. Dahin gehört ferner ein Aufsatz über Psychologie und Seelsorge in der Korrektionsanstalt, über die Religion der Verbrecher, über die ethischen Werte unter dem Einfluß der Ermüdung, über Okkultismus, über religiöse Wahnbildung, über die Psychologie der Heiligkeit, zur Psychologie der plötzlichen Bekehrungen, über die stigmatisierte Nonne von Dülmen. Zur Sozialpsychologie rechnen wir Aufsätze über soziale und individuelle Seelsorge, über Seelsorge in der Industriegemeinde, über die Trennung von Staat und Kirche in Frankreich und im Kanton Genf. — Endlich wird Tatsachenmaterial zusammengetragen über Zungenreden in Amerika, England, Cassel, Zürich, über Gesundbeter in New-York u. a. — Alles in allem: Die „Zeitschrift für Religionspsychologie" ist ein guter Sprechsaal für die interessierten Kreise und kann noch sehr nützlich wirken, wenn die Herren Theologen sich recht eifrig und treu daran beteiligen. Schon jetzt gibt sie durch ihre Besprechungen der einschlägigen Literatur, für die sie gleichsam einen Sammelort bildet, einen guten Einblick in die Sache, während ihre Aufsätze fast alle von bleibendem Werte sind, wenigstens durch ihre vielfachen Spitzen und Thesen zum Widerspruch und Weiterforschen anregen. — Deshalb wäre es um der wichtigen Sache willen — der Vertiefung in der Seelenkunde — recht erwünscht, wenn sich hin und her in Stadt und Land Lesekränzchen bildeten von Geistlichen und Aerzten, um unter andern auch diese Zeitschrift zu halten und zu lesen und bei Zusammenkünften zu besprechen. Die Sache wäre ja nicht teuer (jährlich erscheinen 12 Hefte, für 10 M. der Jahrgang), aber gewiß sehr ersprießlich." —

Um recht zahlreiche Beiträge psychiatrischen und psychologischen Inhalts für obengenannte Zeitschrift bittet die Herren Kollegen Dr. Bresler.

Personalnachrichten.

— **Stettin.** Der frühere Assistenzarzt an der westpreußischen Irrenanstalt Conradstein Pieszczek ist als Assistenzarzt bei der Provinzialheilanstalt zu Lauenburg i. P. angestellt worden.

Dem Direktor der Provinzialheilanstalt zu Treptow a. Rega, Sanitätsrat Dr. Mercklin, ist der Rote Adlerorden IV. Klasse verliehen.

— **Wien.** Dem niederösterreichischen Landesoberinspektionsrat F. Gerényi ist der Preuß. Kronenorden III. Klasse verliehen worden.

— **Baden.** Geh.-Rat Dr. Heinrich Schüle, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Illenau, erhielt den Stern zum Kommandeurkreuz,

Geh. Medizinalrat Dr. Franz Fischer, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Pforzheim, und Geh. Medizinalrat Dr. Karl Haardt, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt bei Emmendingen, erhielten das Ritterkreuz I. Klasse mit Eichenlaub,

Medizinalrat Dr. Max Fischer, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch, erhielt das Ritterkreuz I. Klasse des Ordens vom Zähringer Löwen.

Dr. Ernst Thoma, Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Illenau, und Dr. Walter Fuchs, Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt bei Emmendingen, wurden zu Medizinalräten;

Dr. August Hegar, Arzt an der Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch, und Dr. Johannes Gerhard Klewe-Nebenius, Arzt an der Heil- und Pflegeanstalt bei Emmendingen, wurden zu Oberärzten ernannt.

— **Hannover.** Der Assistenzarzt Dr. med. Bräuner bei der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen ist vom 1. Oktober v. Js. ab zur Ableistung seiner Militärdienstpflicht auf ein Jahr beurlaubt.

Aus dem Dienste derselben Anstalt ist der Assistenzarzt Dr. med. Klemm mit dem 1. Dezember v. Js. ausgeschieden und zu demselben Zeitpunkt der Dr. med. Redepenning als Assistenzarzt bei der Göttinger Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt eingetreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 44. 1909.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Lublinitz (Schlesien).

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.
Inseratenannahme für Österreich-Ungarn **S. Taussik**, Annoncen-Expedition, Wien II/2, Laufbergergasse 4.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der Herzoglichen **Heil- und Pflege-Anstalt in Königslutter bei Braunschweig** (20 Minuten Bahnfahrt nach dort) ist die Stelle eines

Assistenzarztes

baldigst zu besetzen. Remuneration neben völlig freier Station I. Klasse 1800 M., jährlich um 300 M. bis 2400 M. steigend. Bei Bewährung erfolgt nach vollendetem 3. Dienstjahre Anstellung als Anstaltsarzt: freie Dienstwohnung, Gehalt 3000 bis 5400 M. in 14 Jahren.

Die Anstalt hat 670 Kranke und 6 Arztstellen.

Bewerber wollen Approbation, Lebenslauf und Zeugnisse an den Unterzeichneten einsenden.

Medizinalrat Dr. **Gerlach**.

An der Provinzialheilanstalt **Warstein i. W.** sind

2 Arztstellen

zu besetzen. Gehalt im 1. Jahre 1800, im 2. Jahre 2000, im 3. Jahre 2200 M. bei freier Station I. Klasse.

Bei guter Bewährung im 4. Jahre feste pensionsberechtigende Anstellung als Abteilungsarzt mit 3300 bis 5000 M. nebst Familienwohnung u. Garten oder Wohnungsgeld. Frühere ärztliche Tätigkeit kann unter Umständen auf die Dienstzeit angerechnet werden.

Meldungen nebst Lebenslauf u. Zeugnisabschriften erbeten an den Anstaltsdirektor **Dr. Simon.**

Heil- u. Pflegeanstalt Waldbroel (Rheinland).

2 Assistenzarztstellen

sind sofort zu besetzen. Anfangsgehalt 1800 M. bis 2200 M. (je nach Vorbildung) bei vollständig freier Station. Bewerbungen unter Beifügung von Lebenslauf und Zeugnissen umgehend erbeten an **die Direktion**.

Heil- u. Pflegeanstalt Waldbroel (Rheinland).

Zum 1. April ds. Js. ist die Stelle der

Oberin

zu besetzen. Anfangsgehalt 900 M., steigend alle 2 Jahre um 75 M. bis 1500 M. Außerdem völlig freie Station II. Klasse, Licht, Heizung und Wäsche. Meldungen mit Photographie und Lebenslauf umgehend erbeten an **die Direktion.**

Dr. Ernst Sandow[s]

Kohlensäure-Bäder

sind noch heute die **einfachsten** und **billigsten**. Langsame, **stetige** und **beliebig** zu dosierende Gasentwicklung.

Brausendes Bromsalz (50%)

seit mehr als 25 Jahren bekannt und bewährt.

Nachahmungen meiner Salze sind **nicht** billiger, dafür aber oft minderwertig. Ich bitte deshalb die Herren Ärzte, gütigst stets „**Dr. Sandows**“ Salz zu verlangen.

An der Ostpreußischen Provinzialheilanstalt **Allenberg bei Wehlau** ist die Stelle eines

Anstaltsarztes

neu zu besetzen.

Einkommen 3000 bis 5000 M., steigend von 3 zu 3 Jahren um 400 M. neben Dienstwohnung, Heizung und Beleuchtung im Wert von 680 M. (Gehaltserhöhung wie bei den Oberlehrern in Vorbereitung). Bei zufriedenstellender Dienstführung später pensionsberechtigte Anstellung auf Lebenszeit.

Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf werden erbeten an **die Direktion.**

Die Stelle eines

Assistenzarztes

an der hiesigen Irrenanstalt ist **sofort** anderweit zu besetzen.

Anfangsgehalt 1500 M., steigend nach je 2 Jahren bis 2700 M. neben Emolumenten im Werte von 1500 M.

Meldungen sind zu richten an den Direktor, Geheimen Medizinalrat Dr. Sander.

Dalldorf b. Berlin, den 4. Dez. 1908.
Direktion der städt. Irrenanstalt.

Oberpfleger,

welcher bereits einige Jahre in Landesanstalt oder Privat-Nervenheilanstalt in Stellung war, unter günstigen Bedingungen zu baldigem Antritt gesucht. Offerten mit Lebenslauf, Photographie und Zeugnissen zu richten an **Privatnervenheilanstalt in Görlitz.**

Die Stelle eines

Assistenzarztes

an der **Psychiatrischen und Nervenklinik** in **Greifswald** ist demnächst, spätestens zum 1. April, zu besetzen. Gehalt 900 M. mit freier Station. Meldungen erbittet der Direktor Prof. Dr. **Ernst Schultze.**

Inserieren schafft Absatz!

An der Klinik für **psychische** und **nervöse** Krankheiten **zu Gi**[essen] ist alsbald **eine**

Assistenzarztstel[le]

zu besetzen. 900—1200 M. [und] freie Station.

Professor Dr. Som[mer].

An der **Provinzialheilanstalt Ueckermünde** ist die Stelle [eines]

Assistenzarztes

sofort mit einem unverheirat[eten] Arzte zu besetzen, der nicht [vor] dem 1. April 1907 approbiert [ist]. Die Stelle gewährt ein Barge[halt] von 1800 bis 3000 M., jährlich [um] 200 M. steigend, sowie freie Sta[tion] I. Klasse im Werte von 7[..] [M.] Der Inhaber hat Aussicht, bei [zufriedenstel]licher Bewährung nach drei Ja[hren] unter Anrechnung etwaiger früh[erer] anderweiter ärztlicher Tätig[keit] (event. auch in der Privatpra[xis]) zum Oberarzt befördert zu wer[den], jedoch nicht vor dem 1. April 19[..]. Die Oberärzte erhalten in hiesi[ger] Provinz ein Bargehalt von 3600 M., innerhalb 21 Jahren auf 7200 M. steigend, sowie Emolumente in Ge[stalt] von freier Familienwohnung, Heizung, Beleuchtung und Gar[ten] im Werte von 780 M.

Meldungen sind unter Beifüg[ung] von Zeugnissen und Lebenslauf [an] den Direktor, Geheimen Sanitäts[rat] Dr. **Knecht-Ueckermünde** zu richt[en].

Trinkeier

Ich suche zum Frühjahr dauernde Lieferung an **Sanatorien** oder dergl. abzuschliessen. **Frl. Vibrans Geflügelpark, Isern b. Calvörde.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Inseratenannahme für Österreich-Ungarn: S. Taussik, Annoncen-Exped., Wien II/2, Laufbergergasse 4.

Nr. 44. 23. Januar 1909.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Inhalt:

Der Fall Pfarrer X. Anonyme Briefschreiberei.

Zugleich ein Beitrag zum Zustandekommen des Gedankenlautwerdens, des Zwangssprechens und -schreibens.

Von Oberarzt Dr. *Wagner*, Landesirrenanstalt Alzey, früher Heppenheim.

(Fortsetzung).

2. Über seine Studentenzeit:

1. V. Während meiner Studienjahre in B. verkehrte ich in Kreisen, in welchen Mystik gepflegt wurde. Ich ging dahin, um mir selbst zu entfliehen. Ich konnte damals schon tagelang nicht mit meinem Bruder sprechen.

Schon als Kind von zwölf Jahren bis heute noch hatte ich eine Vorliebe für die katholische Beichte. Es war mir ein angenehmer Gedanke, sich amtlich jemand anzuvertrauen und auszuschütten. Man muß es da doch tun. Jemand, der sich gedrückt fühlt, gibt sich gerne in eine weise Hand, die die Saiten wieder stimmt, die falsch klingen.

3. Über seine in Y. stärker auftretenden Verstimmungen:

15. IV. Ich habe mich manchmal selbst vor mir gefürchtet, daß ich so weit käme wie mein Bruder (er meint den Erhängten), wenn diese Schwermut und diese Trübung kam, und die kamen so oft, nach und in Y. Der liebe Gott hat mich davor bewahrt. Y. war mir so schrecklich, daß ich dem Großherzog nicht für diese Stelle danken konnte; ich konnte ihn nicht belügen und ihm nicht dafür danken. Es ist schrecklich, man muß eine Stelle nehmen, die man nicht will, gerade wie wenn man getreten wird und blutet.

31. III. Ich konnte oft wochenlang zu Hause nichts sprechen mit meiner Frau, wenn ich auch wollte. Wenn Leute amtlich kamen, da ging es, da war der Mund geöffnet. Ich habe da schriftlich mit meiner Frau verkehrt, bis die Trübung vorüberging; nur zeitweilig, bis sie sich wieder verzogen hatte. Wenn eine äußere Abwechslung kam, z. B. ein Besuch, war es mir oft gerade, wie wenn ein Alp von mir genommen würde, wie wenn es Licht würde.

Auf die Frage, ob ihm das nicht leid getan seiner Frau gegenüber, sagt er: Ich trug am schwersten daran, aber ich mußte abwarten, bis eine Gelegenheit gegeben wurde, aus sich herauszukommen. Meine Frau hat meine Trübung hingenommen und abgewartet, bis sie sich wieder verzogen. Daher kam es auch, daß ich nicht viel unter Menschen mochte. Man hat gleichsam gemeint, sie könnten es einem am Gesicht ansehen, in welcher Stimmung man ist. Wenn ich ins Dorf wollte, ging ich „hinten rum".

4. Über hinzukommende Zwangsgedanken bei seinen täglichen Amtshandlungen.

9. IV. Es war oft ein Widerstreit zwischen Worten, die ich sagen wollte, und die ich wirklich sagte. Es ist mir noch eins entsetzlich in der Erinnerung. In der Kirche sagte ich in dem Gebet: „O Gott, in deiner Treu und Güte" statt Güte, Grausamkeit. Das Wort Güte stand im Buch vor meinen Augen, ich las es, verstand es, aber trotzdem mußte ich Grausamkeit sagen. Ich war dann immer in der Angst, daß noch mehr bei jedem Amtieren passieren könne.

In seinem Privatgebet müsse er so schreckliche Worte sagen. Er bezeichnet als solche: Arsch, Hure, huren, Sau, Mensch. Blitzähnlich kämen diese Worte zwischen das Gebet, er könne sie nicht abwehren, seine Andacht würde sofort dadurch gestört, es sei, wie wenn auf ein weißes Tischtuch große Tintenflecken gemacht würden. „Durch ähnliche Vorstellungen wird mein ganzes Denken und auch mein Handeln beeinflußt. Eine innere Stimme kommandiert mich, ich retiriere oft vor ihr ins Wohnzimmer. Oft tue ich auch, was sie will, um nur endlich Ruhe zu haben, mich zu befreien."

5. Über die schließliche Vorstellung, Satan sei persönlich ihm nahe, packe und kommandiere ihn.

Diese Personifikation hat mir immer eingeleuchtet, dabei war stets eine Trübung im Gemüt vorausgegangen. Man hat schon oft gelesen, daß der böse Feind die Menschen plagt, daß er sie erst leidmütig macht und dann vergewaltigt. Da habe ich erst trüb-

sinnig dreingeschaut und in diesem trüben verworrenen Gemütszustand hat er mich zum Opfer ausersehen und sich an mich gemacht, um mich zu mißbrauchen. Da kann man begreifen, daß ich mich so krampfhaft auf das Erbauliche, auf das Bücherschreiben warf. Damit wollte ich mir helfen, ich wollte dem Satan nicht ausgeliefert sein.

22. IV. Gar zu häufig geschah es in Y. und Z., daß jemand auf meinen Kopf mit Fäusten derart geschlagen hat, daß ich Beulen und Bausen verspürt habe. Es wurde, ehe ich mich versah, mein Kopf mit Faustschlägen zerhämmert, so daß ich mich dagegen zu wehren suchte, indem ich aufstand und im Zimmer hin und her eilte.

Deshalb sah ich auch oft so schlecht aus. Wie oft sagten die Meinigen: „wie schlecht siehst du heute wieder aus", während das Aussehen tags zuvor noch gut war. Wegen des schlechten Aussehens habe ich mich oft geniert, herbeizukommen, wenn Besuch da war. Ich brachte es damit in Zusammenhang, daß der Teufel selbst oder Engel des Satans mich mit Fäusten schlügen.

1. V. Man fragt ihn: wann meinen Sie, daß dieses Treiben des Satans begann?

Seine Stimme habe ich schon vernommen in Y., bis ich aber darüber klar wurde, erst im zweiten Jahr, verhämmert wurde ich im dritten, spätestens im vierten Jahre.

Auf die Frage: „es war Ihnen anfangs wohl nicht klar, von wem die Stimme kam", antwortete er: Gewiß war es mir klar, aber ich wies es zurück, ich wollte es nicht annehmen und hielt es nur für Anfechtung.

3. V. Gegen diese Zustände suchte ich anfangs anzukämpfen, doch es war vergebens, nachdem in Y. jene schauerliche Stimme mir zugerufen hatte: „Ich bin der Satan, du wirst mir nicht entrinnen."

17. IV. Bald nach meinem Dienstantritt in Y. hatte ich das Gefühl auf meinen Gängen, daß jemand neben mir herging. Ich hörte ihn und sprach mit ihm. (Er meint den Teufel.)

Patient gibt zu, viele anonyme Briefe geschrieben zu haben an Leute direkt und auch über dieselben an Behörden. Gefragt: sind es etwa 30 bis 40 gewesen? antwortete er: Ja, in dem Jahre sind es viele gewesen.

6. *Über die ihm zur Last gelegten Handlungen:*

20. IV. „An den Inhalt der Briefe kann ich mich nicht mehr erinnern, ich habe mich heute schon den ganzen Tag besonnen, es ist mir wie eine Mauer vor dem Kopf. Ich würde es ja sonst aufschreiben, ich habe die anderen schrecklichen Sachen auch geschrieben." Man fragt ihn: „Sie erinnern sich doch anderer Einzelheiten dabei; wenn man sonst einen Zweck mit irgendeinem Briefe verfolgt, kann man sich des Inhaltes doch einigermaßen erinnern!" Er antwortete: „Ich wollte ja gar nichts damit erreichen, ich hatte gar keine Absicht dabei. Wenn man sonst einen Brief schreibt, mit dem man eine Absicht verbindet, ist einem derselbe auch präsent. Ich war manchmal in Angst, es könne ein Brief gegen meine eigenen Angehörigen sein, den ich schreiben müsse. Wenn das weiter ginge, daß alles verstört wird, muß ich am Ende auch gegen meine Angehörigen schreiben. Es könnte schließlich in Zuständen ja gar gegen einen Fürsten gehen. *gerade wie eine Schlacht, wenn ein geschrieben war, die da geschlagen ist.* Auf Befragen: „Die Adresse habe ich nicht aus geschrieben. Ich konnte nichts denken, wurde mir einfach gesagt, und da habe ichs geschrieben. Es hat mich angemutet, wie wenn jemand einen Brief gibt, den ich besorgen soll. Wie ichs hatte, war ich die Geisterei los. Innerlich sich während der Sache alles auf. Ich kann erinnern, daß ich ein Schreiben fertig hatte beachten wollte. Diese Geisterei, da war keine und keine Rast, bis ichs auf der Post hatte.

23. IV. Man fragt ihn: „Wenn der Ihnen die Briefe diktiert hat, dann muß doch Inhalt schlimme Absichten gehabt haben. denn die darin enthaltenen Beschuldigungen oder unwahr?" Er antwortete: „Es war Wahres Unwahres darin; auch das Wahre ist Herzen gesagt worden, das ist auch schadenfroh zu sein, ist ebenso die Art des Man soll die Fehler des Nächsten ertragen, hervorzerren. Der Satan kann auch das, geht, ein Gerücht mißbrauchen; das ist Treiben, was mit dem Wesen des Satans stimmt. Die „Satanologie" lehrt dies alles. Teufel heißt Diabolus „Dazwischenwerfer", mir unheilige Worte in mein Gebet."

3. V. Meine Hand wurde durch das vom Satan unternommene Geführtwerden so haft, daß sie mir wie zerdrückt vorkam. Der wollte auf diese Weise meine Hand, die ich den Dienst der Gottes- und Nächstenliebe hatte, durch entsetzlichen Mißbrauch zugrunde um sie zum Dienst des Guten unfähig zu Über die Art der Schriftzüge wurde ich klar, ich gewann keinen Eindruck davon, sie mich an und voll Ingrimm stand ich ihnen gegenüber, ich hatte keinen Teil an ihnen.

7. *Über mancherlei körperliche schwerden:*

7. IV. Er spricht von Gefühlen, wie einen Pfahl im Halse hätte, vom Zahnweh im Mineralwasser treibe ihm das Herz ballonartig Leberwurst, Schweinenieren und Leber mache ein wundwehes Gefühl, deshalb habe er auch Zetteln an seine Frau soviele Anordnungen des Essens getroffen. Es sind ihm Ausdrücke läufig, wie: auf dem Rost gelegen, Scherben Nerven gestoßen, wie chloroformiert habe man sessen, „es kam müde wie eine Nacht über In der Nacht müsse er eine große Wattelage Kopf legen, die er mit einem wollenen Tuche sammenbände. Er müsse dies machen, weil er das Gefühl von Eiseskälte am Körper und schollen im Kopf habe. Außerdem breite er Kamelhaardecke über das Kopfkissen, damit er auf das Leinen und auf die Federn käme.

28. IV. Wenn er das Gefühl von Zahnschmerzen im Herzen habe, bausche sich die Herzgegend auf, und wenn es vom Herzen weggehe, ziehe es in den Kopf. „Manchmal ist es mir auch, wie wenn das rechte Bein ausgleiten wollte; da hat man seine Not, daß man den richtigen Gang hält."

3. IV. „Lange helle Tage sind mir die reine Marter. Vor Sturm und Regen habe ich Angst, an kurzen trüben Tagen ists mir am besten.

23. IV. Bei dem hellen Wetter ist einem das Herz wie gequetscht.

Patient berichtet wiederholt von Schwindelanfällen, die 1889 angefangen hätten.

8. Über die Abnahme seines Gedächtnisses und seiner geistigen Leistungsfähigkeit.

30. III. „In der trüben Zeit schwindet mir das Bewußtsein, ich bin gar nicht in der Gegenwart, mein Gedächtnis ist mangelhaft, ich kann auf bekannte Namen nicht kommen, erledige Dekanatssachen und Verfügungen ans Kreisamt nicht rechtzeitig. Einmal habe ich vom Dekan dreimal ein Monitum bekommen und war in der Zwischenzeit der festen Überzeugung, ich hätte die Sache erledigt. Erst meine Frau bewies mir das Gegenteil. Ich war ganz zersplittert und zerfahren. Früher fielen mir schriftliche Arbeiten leicht, jetzt schwer. Sie liegen wie eine Last auf mir."

31. IV. „Vor sechs Jahren war ich zum letzten Male schriftstellerisch tätig. Es ging nicht mehr, ich war geistig nicht mehr leistungsfähig, eine Predigt habe ich nur so aus mir herausgequält, ich war ganz arm; schon in den letzten Jahren fiel mir das Memorieren schwer."

9. Über seine Suspendierung.

26. IV. Manchem anderen wäre es bei einem derartigen Vorkommnis zumute gewesen, wie wenn eine Bombe ins Haus gefallen wäre. Ein solches Gefühl hatte ich aber nicht. Vielmehr war jene Sache nach all den jahrelangen Plagen und Qualen an Leib und Seele mir als eine Art Befreiung erschienen. Meine Frau und ich standen unter dem Eindruck: „so konnte es nicht weiter gehen."

10. V. „Aus solch namloser Angst heraus und aus dem verzehrenden Sehnen und Ringen nach Befreiung aus der Sklaverei des Argen, ist es erklärlich, daß ich in Y. den Dekan bat, die zuständige Behörde darum anzugehen, jenen widrigen Schriftstücken zu steuern. Auf diese Weise, dachte ich, könnte mir durch behördliches Eingreifen Erlösung von den bangen seelischen Zuständen und quälenden Vorgängen satanischer Knechtung zuteil werden. Denn ohne die äußerste Notwendigkeit suchte ich mich der Qual zu entziehen, jene Zustände zeigen zu müssen. Die Furcht, nicht verstanden, für krank oder für toll gehalten zu werden, schloß mir den Mund."

Es sei hier hervorgehoben, daß es streng vermieden wurde, durch Fragen etwas in den Patienten hinein zu suggerieren. Er hat alles wie Wahres und Selbsterlebtes geschildert.

Gutachten.

Patient entstammt einer Familie, in der sowohl von Vater- wie Mutterseite Geisteskrankheiten vorgekommen sind: der Großvater mütterlicherseits war „schwachsinnig und gestört", ein Onkel väterlicherseits war Trinker und endete mit Selbstmord; ein Bruder hat sich als 13 jähriger Gymnasiast erhängt, eine Schwester ist nach den Zeugenaussagen geisteskrank; mehrere andere Mitglieder der Familie sind „nervös". Die definitive Schließung der Schädelhöhle hat sich durch späte Verknöcherung der Schädelnähte bei dem Patienten in frühester Kindheit verzögert. Seine Kopf- und Gesichtsbildung zeigen Abweichungen von der Regel. Dieselben beweisen an sich nichts für eine Erkrankung des Nervensystems; man findet sie aber häufig als Stigmata bei erblich belasteten und psychisch alterierten Individuen. In seiner Jugend wurde seine Entwickelung durch wiederholte schwere Krankheiten beeinträchtigt und er war von schwächlicher Konstitution.

Die objektive Untersuchung ergibt nun das Vorhandensein einer ganzen Reihe sehr wichtiger nervöser Symptome: zunächst die Gefäßempfindlichkeit der Haut (Dermatographie), die Differenz der Pupillenreaktion und des Kniescheibenreflexes zwischen rechts und links, dann die Herabsetzung des Geruchs- und Geschmackssinnes und die schwer ins Gewicht fallende hochgradige Verminderung der Empfindlichkeit der Haut für Berührungen, des Temperatur-, Lage- und Drucksinns (Muskelgefühls). Geruch- und Geschmacksnerven sind Gehirnnerven. Es handelt sich im vorliegenden Falle bei Störungen dieser Nervenfunktionen, sowie vor allem bei Störungen des Berührungs-, Temperatur- und Muskelgefühls nicht um Läsionen der peripheren Endorgane oder deren Leitungen zum Gehirn, sondern um das Fehlen des bewußten Empfindens, das in der Zentralstation, dem Gehirn, zustande kommt. Es deuten also die genannten Defekte auf krankhafte Verfassungen des Gehirns selbst, und zwar des Bewußtseinsinhaltes, hin. Zu einem einheitlichen Ich-Bewußtsein gehört unbedingt die genaue Orientierung des Individuums über seine körperlichen Beziehungen zur Außenwelt. Fehlt diese, wie hier, so ist in dem Bewußtsein gewissermaßen eine Lücke, es ist gespalten.

Die fehlerhafte Gehirnfunktion wird weiter erhellt durch einen objektiv nachweisbaren intellektuellen Defekt: durch das mangelhafte Rechenvermögen. Bei Additionen, die ein achtjähriges Kind lösen muß, versagt er, Gedankenkombinationen, welche die Schule, wie in der Mehl- und Brotaufgabe, von einem zehnjährigen Kinde verlangt, ist er außerstande zu leisten. Die eigenhändigen Aufzeichnungen zeigen diesen auffallenden Mangel an abstraktem Denken ohne weiteres.

Dazu kommt, daß Patient schon als Kind psychisch abnorm war: er mied die Spiele Gleichalteriger, wünschte ein Mädchen zu sein, onanierte, hatte bange Ahnungen, neigte als Gymnasiast, später als Student, zu Pietismus und Mystizismus. Er war seiner Anlage nach von Jugend an vereinsamt und

die Neigung zu Schwermut hat ihn nie recht aufleben lassen. Er zeigt dadurch das Bild der konstitutionellen Verstimmung, charakterisiert durch eine vorherrschend depressive Stimmung und eine Weichheit der Empfindungen: „weiche Johannesseele“ nannte ihn ein Examinator in einer Randbemerkung im Staatsexamen.

Es ist einleuchtend, daß ein solcher von Haus aus schwergeschädigter Mensch leicht aus dem psychischen Gleichgewicht kommt, sobald das Leben und der Beruf Anforderungen an ihn stellt. Als Student genügte er noch, auch als Pfarrassistent, solange er einen erfahrenen Amtsbruder zur Seite hatte; aber gleich von der Zeit an, in der er Pfarrverwalter in F. (1887) wurde, zeigte er sich seinen Aufgaben nicht gewachsen. Schon die ersten drei Jahre seiner selbständigen Amtstätigkeit als Pfarrverwalter und dann die Pfarrzeit in G. bildeten für ihn eine fortlaufende Kette von Ärger, Aufregungen und Mißerfolgen. Durch seine infolge strenggläubiger Erziehung und individueller Veranlagung hervorgerufenen exzentrischen Sittlichkeitsbegriffe stieß er im Amt überall an; ohne Taktgefühl verfeindete er sich mit Gemeinden und Vorgesetzten. Infolge seiner krankhaften Willensschwäche wurde er ein Spielball der Verhältnisse. Jedem leistete er Vorspann, der ihm in geeigneter Weise zuredete, oft in Dingen, die gegen sein eigenes Interesse und sogar gegen das Interesse eines protestantischen Geistlichen gingen (Chrischonabrüder, Fraternisieren mit dem Katholizismus).

Schon damals hatte er eine Fülle nervöser Beschwerden, wie quälende Kopfschmerzen, Herzklopfen (Herzflasche), Unlust beim Essen, die infolge seiner abnormen Geschmacksempfindungen wachgehalten wurde, Verstimmungen, Schwindel und Schlaflosigkeit. Er sah spitz und mager aus und war schon 1893 in G. so herunter, daß er die Bäume, die Zierden seines Gartens, wegen deren Rauschen fällen ließ.

Auf diesem vorbereiteten Boden entstand bei dem Patienten seit seiner Versetzung nach Y. eine psychische Erkrankung. Es kam da der sensible und krankhaft suggestible Mensch aus seinem Mutterland, an dem er hing, nach einem seiner Meinung nach abscheulichen Ort; er glaubte sich beschimpft durch die Berufung, geächtet und dankte dem Landesherrn nicht für diese Stelle. Bald fand er sich, wie aus der Vorgeschichte hervorgeht, gegen die Unsittlichkeit nach allen Seiten im Kampf, in einen Privatprozeß verwickelt, in Feindschaft mit Kollegen, Lehrer und Gemeinde.

Infolge der damit fortgesetzt verbundenen seelischen Aufregungen entwickelte sich bei ihm in etwa den ersten zwei Jahren seines Aufenthaltes in Y. nach und nach ein ausgeprägtes Zwangsirresein. Die Anlagen für Zwangsgedanken zeigten sich schon in seiner Jugend durch die Rattenvorstellungen auf dem Klosett, die zeitweise Stummheit und die quälenden Grübeleien, er hätte lieber Postbeamter werden sollen statt Pastor, dann wäre wahrscheinlich seine Mutter nicht so früh gestorben und sein Bruder hätte sich nicht erhängt. Zuerst traten die Zwangsgedanken in Form nagender Zweifel auf bei seinen täglichen Am[illegible]lungen. Beim Beten plagten ihn die Gedan[illegible] habe ein falsches Buch, ein falsches Gebet. [illegible] gefühle gesellten sich dazu: er mußte sich an[illegible] halten, weil er meinte, er falle um; das öffe[illegible] Auftreten wurde ihm schwer im Gedanken, er [illegible] die Amtshandlungen nicht mehr durchführen. [illegible] lich kamen Zwangshandlungen dazu: er muß[illegible] in sein Privatgebet unflätige Worte, wie Sau [illegible] Hure einstreuen, und dann auch während des [illegible] lichen Gottesdienstes sinnentstellende Worte gebr[illegible] z. B. statt „Güte“: „Grausamkeit Gottes“ sage[illegible] Amtieren hatte er dann Angst und Qual, [illegible] unheilige Worte sagen zu müssen. Schließlich [illegible] er gezwungen, die unflätigen Worte und [illegible] Schmutz durch anonyme Briefe an Person[illegible] richten. Deutlich trat bei ihm zutage die Gr[illegible] dingung des Zwangsirreseins: daß er selbst, [illegible] Bewußtsein gewissermaßen gespalten, mit dem [illegible] Teil desselben objektiv diesem Zwang gegenüber [illegible] ihn als etwas Fremdes, Ungeheuerliches empf[illegible] dennoch das ausführen mußte, gegen das [illegible] sagte, sein Inneres sich aufbäumte. Er k[illegible] erinnern, daß er ein solches Schreiben mal [illegible] achten wollte. — „Diese Geisterei“, sagt er [illegible] Ruh und Rast, bis ich es auf der Post hatte[illegible] wie es für die Schulfälle des Zwangsirreseins [illegible] teristisch ist, tat er schließlich das, was von [illegible] langt wurde, um nur eine Zeitlang Ruhe zu [illegible] Er war felsenfest davon überzeugt, daß nich[illegible] Briefe geschrieben, sondern eine fremde [illegible] ihn dazu gezwungen, der Teufel selbst ihm d[illegible] unter schmerzhaftem Drücken geführt habe. [illegible] doch bei jedem Briefe zu, wie wenn eine S[illegible] geschlagen würde! Deshalb glaubte er mit R[illegible] seinen gerichtlichen Vernehmungen sagen zu [illegible] er habe die Briefe nicht geschrieben. Diese [illegible] schrieb er nicht an Personen, mit denen er [illegible] spanntem Fuße lebte, sondern an solche, geg[illegible] „Gerüchte umgingen“. Seine „Satanologie“ [illegible] zur Genüge dieses „lichtscheue Treiben“ des [illegible] brauchenden Teufels. Die „Gerüchte“ kannte [illegible] er Klatsch zugänglich war.

Er fand seinen Zwangszustand 1808 [illegible] unerträglich, daß er daran dachte, sich der Be[illegible] auszuliefern, indem er das Oberkonsistorium auf[illegible] ein Vorgehen der Staatsanwaltschaft gegen de[illegible] nymen Briefschreiber herbeizuführen. Au[illegible] Grund betrachtet er die schließliche Eröffnung [illegible] Strafverfahrens 1907 nicht als Unglück, sondern [illegible] seine Frau atmeten erleichtert auf, „denn so [illegible] es nicht weiter gehen.“ Sich selbst direkt anz[illegible] oder sich jemand anzuvertrauen, dazu schloß [illegible] Zwang den Mund. Er hoffte nur, daß jemand [illegible] Fragen ihn dazu brächte, sich aufzuschließen. [illegible] dem krankhaften Zwang, sich zu verschließen [illegible] er ja sein ganzes Leben, wie er auch e[illegible] intime Freunde nie besaß. Noch in der erste[illegible] seines Aufenthaltes hier war er verschlossen [illegible] allmählich begann er die rücksichtslose, ge[illegible] psychologische Zerfaserung seines Innern, dem [illegible] chiater gegenüber, zu dem er nach und nach [illegible]

trauen faßte. Es war ihm geradezu Erleichterung und Heilzweck, sich alles endlich von der Seele herunter sagen und schreiben zu können.

Wie sehr er noch hier unter dem Zwang stand, geht daraus hervor, daß er im Stehen das Vaterunser nicht frei hersagen konnte.

Eine Personifikation seines Zwangsdenkens, als der bösen Macht durch den Teufel, lag ihm nahe, einesteils wegen seines Berufs als Theologe und seiner pietistischen, mystischen Richtung — schon 1887 sagte er einmal ernstlich, der Teufel sei hinter ihm her —, bei welcher er alles Biblische wörtlich nimmt, anderenteils wegen seines Mangels an abstraktem Denkvermögen, seiner Eigentümlichkeit, sich dafür räumlichen Vorstellungen hinzugeben. Wie er im Rechnen gewissermaßen die Zahlen verkörpert, sich räumlich vorstellt, so personifiziert er hier Gedanken und Mißempfindungen.

Die körperlichen Mißempfindungen und Beschwerden, wegen deren er schon in G. ärztliche Hilfe aufsuchte, erhielten in Y. einen Zuwachs durch das auftretende Kältegefühl am Körper und im Kopf infolge des gestörten Temperaturgefühls, weswegen er sich sehr warm anzog und den Kopf mit Watte umwickelte. Ferner erfuhren sie einen Zuwachs durch das Gefühl des Ausgleitens mit dem rechten Bein, wegen des mangelhaften Muskelgefühls und durch die Zunahme der Kopfschmerzen. Letztere wurden im Verein mit den Zwangsgedanken so stark, daß sie sein ganzes Gedankenleben beherrschten; sie wurden so übermächtig, daß sie gewissermaßen für ihn laut wurden, von außen zu kommen schienen; er verlegte sie in den Raum, hörte zuletzt die Stimme des Satans, deren langgezogene Töne, fühlte dessen Schläge auf dem Kopf. Der Zustand entwickelte sich langsam zur vollen Höhe, anfangs wehrte er sich gegen die Stimmen, gegen die Annahme, daß Satan persönlich eingreife, unterlag aber und verfiel nach und nach ganz der Vorstellung, daß Satan selbst ihn kommandiere, zu seinem Werkzeug mißbrauche.

Dadurch werden sofort eine Menge Einzelheiten klar, die bereits in Y. zutage traten und sich nun ganz von selbst erklären: er gebrauchte „Sauworte" bei Predigten, die ihm der Teufel dazwischen warf, er verfaßte die vielen Erbauungsbücher, um sich dadurch vor dem Verluste der ewigen Seligkeit zu retten. Er erschien unwahr, weil die krankhaften Vorstellungen seine Aufmerksamkeit so in Anspruch nahmen, daß andere Geschehnisse in seinem Gedächtnis nur schwer hafteten. Sein plötzliches Zusammenschrecken und verändertes Aussehen, sein Verstummen seiner Frau gegenüber und der Zettelverkehr mit ihr, sein langes Ausbleiben von den Filialgängen, sein plötzlicher Weggang bei Besuchen, das Einschließen im Zimmer, alles dies wurde verursacht durch die vermeintlichen Schläge und das plötzliche Stimmehören des Satans.

Dieses infolge des Zwangsirreseins krankhafte Innenleben löst den scheinbaren Widerspruch, der darin liegt, daß er einesteils als pflichttreuer, nur das Rechte wollender Geistlicher geschildert wird, andererseits sich scheinbar als perfider Anonymus zeigt. Seine Psychose gibt ein Verständnis für sein äußeres Verhalten, infolgedessen schon in Y. und dann in Z. die vox populi ihn für geisteskrank hielt, ohne daß sie dieses Urteil bestimmt definieren konnte.

1904 wurde Patient nach Z. versetzt. Er kam dahin mit einem ausgeprägten Zwangsirresein. Allein schon der Umstand, daß er hier rascher wie in seinen früheren Stellen bei seiner Gemeinde in Mißkredit kam, zeigt, daß die Zwangsgedanken noch zahlreicher und dominierender wurden, da er so ganz die Fähigkeit verlor, die neuen Verhältnisse ruhig zu beurteilen und verständig zu handeln. Die Steigerung der Erkrankung geht weiter aus dem augenfälligen Nachlassen des Gedächtnisses und überhaupt der geistigen Produktivität hervor. Er konnte nicht mehr schriftstellerisch tätig sein, so gern er auch dadurch Ruhe suchte, und hat sich eine Predigt nur „so aus sich herausgequält." Sie geht schließlich aus seinem noch auffälligeren äußeren Verhalten hervor. Letzteres ist überhaupt im ganzen Krankheitsverlauf ein Kriterium, ein Spiegel geradezu, für den jeweiligen Grad seines krankhaften Innenlebens, das er ja vollständig, selbst seiner Frau gegenüber in sich verschloß. Der Zwang wurde aber schließlich in Z. derartig groß, daß er immer weniger dessen Wechselwirkung auf sein äußeres Verhalten eindämmen konnte; er wurde infolgedessen so auffällig, daß ihn selbst Laien nicht für normal hielten.

Der Vollständigkeit halber soll noch die Frage der Simulation berührt werden. Das psychische Krankheitsbild des Patienten ist so kompliziert, daß zur Simulation eine so genaue Kenntnis des gesetzmäßigen Verlaufs der typischen Seelenstörung gehört, wie sie ein Laie gar nicht haben kann. Das Bild ist aus einer Summe von Zügen mosaikartig zusammengesetzt, die naturgetreu nicht nachgeahmt werden können, selbst meiner Meinung nach von einem Psychiater nicht.

Abgesehen davon ist aber auch hier das psychische Zustandsbild mit physischen Begleiterscheinungen verbunden, wie wir sie oben als Defekte des Bewußtseins geschildert haben. Dieses Vorhandensein objektiver Symptome einer krankhaften Gehirnfunktion läßt die Simulation ausschließen.

Wir sehen aus alle dem, daß bei Pastor X. auf dem Boden erblicher Belastung und konstitutioneller Verstimmung durch die Versetzung nach Y., in seiner Meinung nach widerwärtige Verhältnisse, durch viele seelische Aufregungen ein Zwangsirresein erwuchs, das ihn völlig umstrickte, seine ganze Persönlichkeit umwandelte. Dasselbe steigerte sich fortgesetzt bis zum Ende seiner Amtstätigkeit in Z. und bewegt sich seit seiner Suspendierung, seit der Herausnahme aus den ihm Angst verursachenden Geschäften, in abklingender Richtung. Auch die Ruhe und das Gefühl der Sicherheit innerhalb der hiesigen Anstalt wirken günstig auf seinen Zustand, weshalb er seinen Aufenthalt freiwillig verlängerte.

Pastor X. leidet jetzt und litt in Y. und Z. an Zwangsirresein. Das Krankheitsbild desselben wäre ein vollkommenes, wenn er auch die anonymen

Briefe nicht geschrieben hätte. Letztere stellen nur ein Symptom dar, durch das er augenfällig mit den Gesetzen in Konflikt kam.

Ich gebe daher unter Berufung auf meinen im allgemeinen geleisteten Eid als Sachverständiger mein Gutachten dahin ab, daß der Pastor X. in Z. zur Ze[it der] Begehung der ihm zur Last gelegten H[and]lungen in einer krankhaften Störu[ng der] Geistestätigkeit sich befand, durch w[elche] seine freie Willensbestimmung a[usge]schlossen war. (Schl[uß])

Bemerkungen zu dem Artikel: „Was soll werden?"

Von Hofrat Dr. *A. Friedländer*, Hohe Mark i. T. bei Frankfurt a. M.

Mit Freude und Wehmut las ich die Ausführungen des Kollegen Tille in Nr. 42 dieser Wochenschrift. Es freute mich zu sehen, daß es glücklicherweise unter uns immer noch Kämpfer gibt, die auf Resignation, die freilich weitaus bequemer ist, verzichten. Wehmut aber beschleicht mich bei dem Gedanken, daß Kollege Tille voraussichtlich ebenso wenig mit seinem ernsten Weckruf erreichen wird wie wir alle, die vorher in gleicher Sache die Feder ergriffen.

Kollege Tille unterbreitet Vorschläge, die zu einem Zusammenschluß der so vielfach angefeindeten Psychiater und zur Abwehr ungerechtfertigter Angriffe dienen sollen. Ich möchte ihn darauf aufmerksam machen, daß eine solche Organisation seit Jahren besteht, ohne daß sie, wie es scheint, über die Sammlung von Material herausgekommen wäre. Es liegt mir fern, diese Feststellung im Ton des Vorwurfs zu machen, da ich mir wohl denken kann, daß die betreffenden Herren leider ein so ungeheures Material besitzen, welches Angriffe gegen die Psychiater enthält, daß sie trotz bestem Willen in all den Jahren nicht dazu gekommen sind, das Material zu bearbeiten. Da ich als erster die bezügliche Anregung in derjenigen Vertretung unseres Standes gab, die sich am berufensten fühlen sollte, in der von Dr. Tille angedeuteten Weise vorzugehen, nämlich im Deutschen Verein für Psychiatrie, so möchte ich die Entstehungsgeschichte jener Kommission an dieser Stelle erzählen.

Es war vor vielen Jahren bei einer Tagung unseres Vereins in Berlin, der damals noch den Namen Verein der deutschen Irrenärzte führte, und zu einer Zeit, da Fürstner und Jolly noch lebten. Vor der ersten Sitzung sprach ich mit Fürstner über gewisse empörende Angriffe auf psychiatrische Sachverständige, und bat ihn, einen noch zu beratenden Antrag einzubringen. Hofrat Fürstner riet mir, einen solchen Antrag zu formulieren. Ich lehnte mit der Begründung ab, daß es mir für die Sache zweckdienlicher erschiene, wenn ein solcher Antrag aus dem Vorstand heraus oder von einem älteren Kollegen der Versammlung vorgelegt würde. Ich er[innere] mich nicht mehr, wer der betreffende Antrag[steller] war; jedenfalls erreichte ich durch meine An[regung] so viel, daß eine Kommission gewählt wurde, [die] alles Material sammeln, bearbeiten und event[uell zur] Veröffentlichung bringen sollte. Vorgesehen wa[r,] wenn ich mich recht entsinne (ich bin augen[blicklich] nicht in der Lage, das bezügliche Sitzungsp[rotokoll] nachzulesen), daß durch diese Einsetzung eine[r Kom]mission gewissermaßen eine Zentralstelle ge[schaffen] werden sollte, an die sich vor allem auch die[jenigen] wenden könnten, die sich in irgendeiner Weise [über] die „bösartigen Psychiater" beschweren wollten. [Da,] wie oben erwähnt, die Kommission keine Gele[gen]heit nahm, mit ihren Erfahrungen hervorzu[treten,] in der Zwischenzeit eine Reihe von unglaub[lichen] Angriffen gegen Psychiater stattgefunden hatte, [so] kündigte ich für die Jahressitzung in Frankfurt [a. M.] einen Vortrag an, über die soziale Stellung der [Psy]chiatrie. Nachdem ich mich mit sämtlichen Her[ren] des Vorstandes in Verbindung gesetzt und ihnen [die] Leitsätze meines Vortrages mitgeteilt hatte, sa[h ich] mich auf ihren Rat hin veranlaßt, meine Ausführ[ungen] auf einen gelegeneren Zeitpunkt zu verschieben [als] der damalige war. Ich habe dies bis heute [vor] allem auch deshalb nicht bereut, weil die prakt[ische] Bedeutung derartiger Ausführungen vor Fachgenos[sen] recht gering ist, solange die gute Presse von s[olchen] Mitteilungen keine Notiz nimmt.

Herr Dr. Tille sieht jedenfalls aus meinen Aus[]führungen, daß der Punkt 1 seiner Vorschläge [theo]retische Erledigung, aber keine praktische Betätig[ung] gefunden hat. Daß mir gleichwohl die Ausführ[ungen] des Herrn Tille als ebenso wichtig wie zeitge[mäß] erscheinen, brauche ich wohl nicht erst zu sagen.

Kollege von Kunowski und Tille emp[finden] mit Recht schon eine innere Empörung über [die] „Zeit am Montag", was aber würden sie erst z[u den] Darbietungen der Zeitschrift „Rechtshort" sagen, [die] von „ehrenwerten Psychiatern spricht, die, wenn s[ie] nicht in den Verdacht kommen wollen, einer gewi[ssen]

ihrlichen Zunft anzugehören und Hand in Hand Gerichten den fürchterlichsten Verbrechen Vorub zu leisten, gegen den Psychiater X. (folgt der me) aufzutreten hätten"; die von der Erbärmlicht der von jenem Arzte geleiteten Anstalt spricht; ein Blatt, wie die Frankfurter Zeitung, in einer rm angreift, daß man sich nicht wundern kann, nn dieselbe es unter ihrer Würde hielt, auf das-be Niveau herabzusteigen usw. Wenn wir etwas beklagen haben, so sind es nicht so sehr die Aniffe, die von schlecht unterrichteten Redaktionen ler von Kranken, denen eine Einsicht in ihre Krankeit fehlt, ergehen, als darüber, daß es möglich ist, ne periodische Zeitschrift in die Welt zu bringen, ie auf dem Titelblatt die Aufschrift führt „Rechtsort, Kulturhort für freies deutsches Volkstum", und ie Inhaltsangabe „Paranoia psychiatrika, Wahnsinn nd Gewissenlosigkeit bei Psychiatern" zeigt. Es ist elbstverständlich, daß nicht jedes Sensationsblättchen lie Ehre verdient, daß man sich mit demselben beschäftigt; leider gibt es aber kein so minderwertiges Blatt, das nicht doch Leser findet. Darum möchte ch fragen, was würde der Staatsanwalt veranlassen, wenn sich jemand erdreisten würde, einen Artikel zu schreiben mit der Überschrift: Wahnsinn und Gewissenlosigkeit bei Richtern.

Die Weihnachtsnummer der „Lustigen Blätter" hält es nicht unter ihrer Würde, ein Bild zu bringen, betitelt: Weihnachten in Leubus; „die festlich erregten Irren werden durch 13 stündige Bescherung im Bade beruhigt". Auf dem Bilde sieht man mehrere Wannen, in denen Kranke baden. Einer von denselben wird von einem Wärter mit aus einem Kübel geschleuderten Wassermengen, die den Kopf treffen, „beruhigt". In dem Badezimmer brennt der Christbaum. Das Symbol des heiligen Abends, das Symbol einer Religion, die Nächstenliebe predigt! Man weiß nicht, soll man von Blasphemie, von rohester Geschmacklosigkeit oder Sensationslust sprechen, der es gleichgültig ist, wenn sie eine altberühmte Anstalt erneut angreift, wenn sie Angst und Schrecken vor den Irrenanstalten verbreitet, um einen Witz zu machen, der ebenso albern wie schlecht ist. Ich will den Vater dieses geistvollen Gedankens, der in dem ästhetischen Bilde zum Ausdruck kommt, nicht darüber belehren, welches die Grundlagen des Witzes sind, denn dies würde wenig Erfolg haben. Empfehlen aber möchte ich ihm, sich die Anstalt in Leubus oder andere Anstalten, in denen sich Geisteskranke befinden, anzusehen, um sich jenes Wissen zu verschaffen, welches seine Sachkenntnis bisher nicht getrübt hat. Er könnte sich davon überzeugen, daß die Verabfolgung von kalten Duschen oder ebensolchen Güssen ebenso wenig zur „Beruhigung" erregter Kranker angewendet wird, wie jene anderen Zwangsmittel, die nur noch in den Köpfen von Phantasten oder Übelwollenden leben. Ob der betreffende „Künstler" wohl daran gedacht hat, was ein ihm Nahestehender, der sein Bild „Weihnachten in Leubus" betrachtet hat, empfinden würde, wenn es dem Schicksal gefiele, ihn krank und zu einem Insassen der Anstalt Leubus werden zu lassen.

Ich komme damit zu dem zweiten Vorschlag des Herrn Tille, der der vollsten Beachtung wert ist; nur energische, zielbewußte Arbeit kann allmählich Wandel schaffen. Dazu gehört aber vor allem, daß unsere Standesvertretung mehr als bisher die Sache des einzelnen zu einer Sache der Gesamtheit macht. Vornehme Zurückhaltung kann sehr leicht als Schwäche ausgelegt werden. Es ist bezeichnend, daß für die in so unqualifizierbarer Weise angegriffenen Psychiater, die im Prozeß Coburg als Sachverständige aufgetreten waren, ein Verteidiger aus dem Stande der Juristen (Frese) erstehen mußte. Das Verständnis der Juristen für die ungeheure Schwierigkeit der Materie, wie sie die Psychiatrie bietet, nimmt fortwährend zu. Gewisse große Tageszeitungen befleißigen sich der größten Objektivität und halten mit ihrem Urteil zurück, bis das Gericht gesprochen hat. Die Frankfurter Zeitung, um ein Beispiel anzuführen, öffnete mir schon mehrmals ihre Spalten zu sachverständigen Ausführungen. Wir dürfen uns aber nicht wundern, wenn mancher Redakteur irre wird, insofern er die Erfahrung macht, daß angegriffene Psychiater es unterlassen, sich mit allen gesetzlichen Mitteln zu wehren. Mag die Furcht vor Beleidigungsprozessen mit ihrer so sehr besserungsbedürftigen Prozeßordnung noch so berechtigt sein, dieselbe darf niemals abhalten, für eine gerechte Sache zu kämpfen, selbst auf die Gefahr hin, keinen vollen Sieg zu erringen. Leubus hat in dem ihm aufgezwungenen Prozeß für jeden klar denkenden Menschen gesiegt, andere sind nicht zu überzeugen, wohl aber würden auch die ersteren stutzig geworden sein, wenn die „Welt am Montag" nicht vor die Schranken des Gerichts gerufen worden wäre.

Möge der Kollege Tille sich der schweren, aber sicherlich dankbaren Aufgabe unterziehen, Gesinnungsgenossen zu werben und darauf zu achten, daß sein Ruf nicht ebenso verhallt wie die früheren.

Mitteilungen.

— **Die Krankenhausstatistik in Preußen** ist bisher seit 1877 unter Anwendung von Zählkarten für jeden Kranken jährlich erhoben worden. Diese Erhebung erfährt durch die zuständigen Minister insofern eine Änderung, als für die Jahre 1909 und 1910 die Nachrichten von jeder Heilanstalt unter Benutzung der vom Reiche vorgeschriebenen Tabellenformulare zu liefern sind. Im Anschluß an die Volkszählung sollen für das darauffolgende Berichtsjahr, also für 1911, wieder Zählkarten benutzt werden. Der Erlaß der Herren Minister des Innern und der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten vom 22. Dezember 1908 bestimmt nämlich folgendes: „Mit Rücksicht auf die wiederholt beklagte Belastung der Krankenhausvorstände durch die Ausfüllung statistischer Zählkarten haben wir beschlossen, diese Zählung nur alle fünf Jahre, und zwar im Anschluß an die Volkszählung vornehmen zu lassen. Dagegen sind, wie bisher, auch in Zukunft Übersichten über den Betrieb der Anstalten auszufüllen. Zu diesem Zwecke werden den Vorständen der Heilanstalten an Stelle der bisherigen Zählpapiere Tabellenformulare zur Ausfüllung gegen Ende des Berichtsjahres von dem Statistischen Landesamte in Berlin zugehen."

— **Kursus für Schwachsinnigenwesen.** Das neurologische Institut in Frankfurt a. M. wird in Verbindung mit den Frankfurter Hilfsschulen Ende Juni 1909 einen vierzehntägigen Kursus über die Fragen des jugendlichen Schwachsinns und der jugendlichen Psychopathien veranstalten. Es werden die wissenschaftliche Erforschung, die Klinik, die Psychologie, Unterricht und Methodik, die forensischen Fragen Gegenstand besonderer, jeweils von Fachleuten gehaltener Vorträge und Kurse sein. Zweck des Kursus soll sein, denen, die beruflich mit diesen Gebieten zu tun haben oder die sich für dasselbe interessieren oder darauf vorbereiten wollen, Grundlagen für die Weiterarbeit, einen Überblick über das Gebiet und praktische Handhaben zu bieten. Der Kursus wird daher auf praktische Darbietungen und Demonstrationen (anatomische, unterrichtliche, Krankenvorstellungen, Experimente etc.) den Hauptnachdruck legen. Es sollen möglichst alle Seiten des Gebietes und ihre Berührung mit anderen Disziplinen Beachtung finden. Geplant sind folgende Kurse und Demonstrationen: normale und pathologische Anatomie des jugendlichen Gehirns, Kinderpsychologie, Psychopathologie der Jugendlichen, Schwachsinnigenunterricht, Lehrmethoden, Organisation, Handfertigkeit, Anstaltswesen und -fürsorge, Klinik des jugendlichen Schwachsinns, Fürsorgeerziehung und forensische Psychiatrie, Jugendgericht, soziale Fürsorge, Sprachheilkunde, Hygiene, Taubstummen-, Blinden- und Krüppelfürsorge. Es werden eine Reihe von Schulen für Schwachsinnige, Anstalten, Kliniken und wissenschaftliche Institute besucht werden. Die Mitteilung des näheren Programms erfolgt im Frühjahr 1909. Auskunft erteilt das Komitee: Privat-Doz. Dr. H. Vogt, Neurologisches Institut, Gartenstraße und Rektor A. Henze, Wiesenhüttenschule.

— **Baden.** Die badische landesherrliche Verordnung vom 3. Oktober 1895, das Verfahren bei Aufnahme von Geisteskranken und Geistesschwachen in öffentliche und private Irren- und Krankenanstalten betreffend, hat unterm 17. Dezember 1908 durch die Einführung der freiwilligen Aufnahmen eine wichtige Ergänzung erhalten. Der betreffende Paragraph (§ 4 a) lautet: „Volljährige Nerven- oder Geisteskranke, die nicht entmündigt sind, können auf ihren eigenen Antrag zum Zwecke der Heilung oder der Beobachtung in den öffentlichen Irrenanstalten ohne weiteres aufgenommen werden, wenn sie sich nach dem Ermessen der Direktion zur Aufnahme eignen.

Der Antrag des Kranken ist von der Direktion zu Protokoll zu nehmen.

Die Entlassung solcher Personen muß alsbald erfolgen, wenn die Voraussetzungen der freiwilligen Aufnahme nicht mehr vorliegen, oder wenn sie ihre Entlassung verlangen. Liegen in einem solchen Fall nach Ansicht der Anstaltsdirektion die Voraussetzungen des § 3 Ziffer 1 *) vor, so hat sie dem zuständigen Bezirksamt von dem Sachverhalt alsbald Mitteilung zu machen, welches unverzüglich das Verfahren gemäß § 3 Ziffer 1 einzuleiten hat. Bis zur rechtskräftigen Entscheidung ist der Kranke fürsorglich in der Anstalt zurückzubehalten."

— **Volksheilstätte für Nervenkranke in Baden.** Der 1904 zwecks Errichtung einer Heilstätte für minderbemittelte Nervenkranke aller Stände gegründete Verein „Badische Volksheilstätte für Nervenkranke" (cf. Jahrg. VI, S. 313, 321, 394 dieser Wochenschrift) hielt am 12. d. M. im Ministerium des Innern seine diesjährige Vorstandssitzung. Die Heilstätte soll laut Beschluß der letzten Mitgliederversammlung bei Donaueschingen auf einem am Waldrande gelegenen Gelände mit reizvollem Fernblick errichtet werden, auf einem Gelände, das dem Verein in dankenswerter Weise von dem Fürsten zu Fürstenberg kostenlos zur Verfügung gestellt wurde. Der vorläufige Bauentwurf sieht ein Hauptgebäude und 2 mit diesem durch gedeckte Gänge in Verbindung stehende Pavillons vor. Das Vereinsvermögen beträgt bis jetzt, außer dem Werte des Baugeländes, rund 57000 M., wozu nach Inangriffnahme des Baues ein Staatszuschuß von 25000 M. hinzukommen wird. Der Baubeginn hängt in erster Linie von der Flüssigmachung der Gelder aus der Pfählerschen Wohltätigkeitsstiftung ab, da der Verein erst nach Empfang der ihm hieraus seitens der Regierung zugesicherten Summe die nötigen Garantien für die Aufnahme einer ausreichenden hypothekarischen Anleihe wird bieten können.

*) Diese Bestimmung bezieht sich auf Geisteskranke, die für sich oder andere gefährlich, sittlich anstößig oder verwahrlost sind; solche können auf Anordnung des Bezirksamts eingewiesen, bezw. zurückgehalten werden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 45. 1909.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,** Lublinitz (Schlesien).

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Fortsetzung der Stellenangebote u. -gesuche auf der 3. Umschlagseite.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 826.

Inseratenannahme für Österreich-Ungarn: S. Taussik, Annoncen-Exped., Wien II/2, Laufbergergasse 4.

Nr. 45. 30. Januar **1909.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Der Fall Pfarrer X. Anonyme Briefschreiberei.

Zugleich ein Beitrag zum Zustandekommen des Gedankenlautwerdens, des Zwangssprechens und -schreibens.

Von Oberarzt Dr. *Wagner*, Landesirrenanstalt Alzey, früher Heppenheim.

(Schluß.)

Auf Grund vorstehenden Gutachtens wurde die Voruntersuchung wegen Geisteskrankheit des Angeschuldigten eingestellt und das Hauptverfahren nicht eröffnet. Von der Kirchenbehörde wurde dem Pfarrer nahe gelegt, aus Gesundheitsrücksichten um seine Entlassung einzukommen, welche unter Bewilligung des ihm zustehenden auskömmlichen Ruhegehaltes erfolgte. Seitdem lebt er, soweit mir bekannt, frei von den geschilderten Zwangsvorstellungen in einer größeren Stadt. Es ist nicht ausgeschlossen, daß sich seine Psychopathie gelegentlich noch in anderer Form äußert.

Für mich hat dieser Fall mit dem des Pastor Lang große Ähnlichkeit: auch letzterer ist offenbar ein Psychopath. Bei meinem Fall ist die sich auf der Psychopathie aufbauende Psychose nach der Seite des Zwangsirreseins gefärbt, bei Lang, wie mir aus der Entfernung scheint, nach der paranoischen*) Seite mit dem Charakter des Verfolgungswahns.

Einige interessante Teilerscheinungen der Erkrankung verdienen noch eine kurze kritische Beleuchtung.

Zunächst sei das merkwürdige mangelhafte Rechnen mit einigen Worten gestreift. Es könnte fast scheinen, als ob man es mit einem Imbezillen zu tun hätte. Jedoch der schließt diesen Gedanken sofort aus, der es mit erlebte, wie Patient selbst dem Richter imponierte mit der absolut klaren, fein pointierten Rede, in der er nach dem, dem Arzt gegebenen, Geständnis auch ihm als ein Mann, der „nichts hofft und nichts fürchtet", wie er sich ausdrückte, sein Seelenleben aufdeckte, die Qualen schilderte, die er erduldete, beim Aufrollen seines Lebensganges das Leitmotiv festhielt, die Klammervorstellung Ziehens, wobei er das ihn Entlastende geschickt hervorhob, ohne aufdringlich zu sein — ein psychologisches Meisterwerk feiner Diplomatie. Offenbar hängt sein eigenartiges Rechnen mit einer mangelhaften Begabung für Rechnen überhaupt zusammen, wobei er sich mit einem auf Grund ganz falscher Anschauungen zurechtgemachten System weiter zu helfen suchte. Auf solche Irrtümer verfällt ein Mensch, der ohne Sachkenntnis ein ihm fern gelegenes unverstandenes Gebiet bearbeitet.

Dabei taucht unwillkürlich der Gedanke auf, ob es sich nicht um etwas Paranoisches handelt, an das ja der Fall überhaupt Anklänge bietet. Allein der Verlauf der Psychose widerspricht dem völlig. Dieses verhältnismäßig rasche Abklingen aller Symptome, das Aufhören jeglicher halluzinationsähnlichen Erscheinungen mit dem Herausnehmen des Patienten aus seiner öffentlichen Stellung, der Quelle für seine Reizerscheinungen, das Aufhören der Angst und Unruhe, welches Hand in Hand mit dem Aussprechen dem Arzt gegenüber ging, das in hohem Maße vorhandene Zugänglichsein psychischer Beeinflussung, die Krankheitseinsicht sprechen gegen Paranoia, die doch tiefere, schwerer reparabelere Läsionen voraussetzt.

Ein zehn Jahre lang festgehaltenes paranoisches Wahnsystem wird nicht aufgegeben. Dem allem gegenüber steht im Vordergrund das ausgeprägte Bild des Zwanges, der Zwangsvorstellungen.

*) Um ähnliches scheint es sich bei dem Fall des Pastor Gneisenhof-Hamburg zu handeln, der jetzt wieder durch die Blätter ging. Derselbe hatte Pamphlete gegen Geistliche verfaßt und dann seine Entlassung eingereicht. Nach drei Jahren behauptete er, er sei damals geisteskrank gewesen und setzte kürzlich daraufhin die Auszahlung seines Gehaltes dieser 3 verflossenen Jahre gerichtlich durch.

Im Einklang hiermit sind auch seine Gehörstäuschungen nicht als paranoische Akoasmen aufzufassen, sondern als eine modifizierte Art des klassischen Begriffs des sogenannten Gedankenlautwerdens. Das Kapitel der Entstehung der Halluzinationen ist ja immer noch eins der vielen unaufgeklärten psychiatrischen Probleme. Der vorliegende Fall scheint mir ein gutes Beispiel dafür zu sein, wie Sinnestäuschungen sich einfach als krankhafte Steigerung physiologischer alltäglich zu beobachtender Erscheinungen darstellen können. Schon bei einem Gesunden kann ein Symptomenkomplex, der gerade in erheblichem Maß die Aufmerksamkeit fesselt und affektbetont ist, welchem das ganze geistige Interesse zugewandt wird und demgegenüber alles andere in den Hintergrund tritt, weil die sich hier abspielenden Kombinationsvorgänge alle „verfügbare Energie aufbrauchen", so dominierend sein, daß er etwas Gefürchtetes oder Erhofftes als schon geschehen, als von den Sinnesorganen von außen Wahrgenommenes erscheinen läßt. So kann ein Gesunder z. B. in der Hoffnung, die Gestalt eines sehnlich Erwarteten zu sehen, diese wirklich zu sehen meinen, in der Angst, jetzt einen Schuß vernehmen zu müssen, einen solchen wirklich zu hören glauben. Ähnlich hier bei dem Kranken. Es fließt gewissermaßen das, wovon der Kopf, der ganze Vorstellungskreis des Patienten voll ist, nach außen hin über. Es handelt sich nicht um primäre Sinnestäuschungen, die ihrerseits das Denken und Handeln bestimmen, sondern umgekehrt durch den Denkreiz, durch die lebhaften Assoziationen in den sensorischen Zentren werden die Sinnesterritorien, die kortikalen Perzeptions-Zentren Wernikes, hier das akustische, in Erregung versetzt und vermitteln so Gehörswahrnehmungen. Durch wahnhafte Vorstellungen und eventuell illusionär umgedeutete Geräusche entstehen hier Gehörstäuschungen, deren Inhalte den Gedanken analog sind, die den Patienten beherrschen.

Dabei trifft die Erklärungsweise Kraepelins für das Gedankenlautwerden: zentrifugale Erregung der Perzeptionszentren durch den Vorstellungsreiz — auch hier zu, nur mit der Modifikation, daß unser Kranker sich seiner eigenen Gedanken nicht bewußt ist und demnach nicht seine eigenen Gedanken zu hören glaubt. Trotzdem ist es so, indem er unbewußt von seinem Ideenkomplex beherrscht wird. Die Gedanken, die er hört, sind auch seine eigenen, nur existieren sie latent in seinem Bewußtseinsinhalt, eine Modifikation des Gedankenlautwerdens, die Goldscheider als indirekte bezeichnet hat. Daher weist der betreffende Kranke die Annahme weit weg, daß es seine eigenen Gedanken seien, die er höre, sondern er glaubt absolut Fremdes wahrzunehmen und empfindet das Ganze als, wie für das Zwangsirresein überhaupt charakteristischen, lästigen Zwang. Aus der unbewußten Angst heraus, der Teufel könne wieder zu ihm sprechen, hört er schließlich das Gefürchtete.

Von einer Mitbeteiligung des Muskelsinns Cramers, worin er das Anklingen der Erinnerungsbilder der Muskelgefühle versteht, die beim Sprechen durch die Aktion der zum Artikulieren nötigen Muskelgruppen entstehen, kann hier keine Rede sein.

Dagegen ist dieser Fall von Gedankenlautwerden noch ausgezeichnet durch eine Kombination mit Tastsinnstäuschungen.

Wie einerseits die Gedanken laut und nach außen hin projiziert werden, so werden auch Tastgedanken, Tastempfindungen laut und wird deren Entstehen von außen her angenommen. Der Kranke hat offenbar körperliche Mißempfindungen in der rechten Hand, namentlich beim Schreiben. Er deutet sie dahin, daß jemand ihm die Hand führe. Durch diese doppelten Trugwahrnehmungen, durch die des Gehörs und des Tastsinns, wird ihm die Anwesenheit des Satans noch mehr erhärtet.

Was das Zwangssprechen in unserem Fall betrifft, wobei Patient z. B. statt „Güte Gottes" „Grausamkeit Gottes" sagen mußte, so erklärt sich das ohne weiteres daraus, daß das Gesprochene unter dem Zwang der Teufelsvorstellung zustande kam. Er war so von der Idee durchdrungen, vom Teufel beherrscht zu sein, der ihm vorsagte: „Du mußt jetzt ‚Grausamkeit' sagen", daß sein motorisches Sprachzentrum dem ihm vom sensorischen gegebenen Anstoß Folge leistete.

Ganz in ähnlicher Weise erklärt sich in letzter Instanz das Zwangsschreiben, durch das die zahlreichen anonymen Briefe in die Welt gesetzt wurden, er gehorchte auch hier nur dem Befehl des Teufels. Durch Anreiz vom Denken her, unterstützt durch diktatartige akustische Befehlshalluzinationen in Form des Gedankenlautwerdens, wurden die zum Schreiben notwendigen Muskelgruppen innerviert.

Von einer abnormen Erregbarkeit der motorischen Schreibzentren, wie in anderen Fällen, ist hier keine Rede.

Unserem Falle, dem des „indirekten" Gedankenlautwerdens stehen diejenigen Fälle gegenüber, in denen auf rein paranoischer Basis eines fixierten Wahnsystems im Sinne des „direkten" Gedankenlautwerdens Gehörshalluzinationen entstehen, welche dann die Kranken gewöhnlich auf die bekannten physikalischen Weisen zu erklären suchen. So hört der Paranoiker E. mit

ausgesprochenen Verfolgungsideen beim Lesen, wie seine über ihm wohnenden Widersacher das von ihm Gelesene nachsprechen und nachspotten. Die Verfolger unterrichten sich seiner Meinung nach durch Spiegel, Telephon und dergleichen über sein Tun und Treiben und auch über seine Gedanken.

Förderlich für das Zustandekommen dieses Gedankenlautwerdens hier ist der Umstand, daß der Kranke beim Lesen, analog dem verbalen Denken, in Gedanken sich die Worte vorsagte, zumal er oft eine schwierige Lektüre wählte, die er langsam, Wort für Wort, zu begreifen suchte, eine Art und Weise, die auch Gesunde vielfach anwenden. Durch die Zuhilfenahme eines zweiten Sinnes, außer dem des Gesichts auch den des Gehörs, und zwar mehr mit Hilfe des Innervationsgefühls als mit Hilfe eines wirklichen Artikulierens, haften die Erinnerungsbilder der Buchstaben und Worte fester und führen so zu leichterem Verständnis dadurch, daß gleichzeitig eine größere Menge davon im Augenblick reproduziert werden kann, das Gelesene für die nötigen Kombinationen mehr präsent ist.

Bei diesem Kranken führte so die Mitbeteiligung des schon durch die auf die Widersacher gerichtete, gespannte Aufmerksamkeit überempfindlich gemachten akustischen Perzeptionsfeldes beim Lesen durch den Reiz der wahnhaften Vorstellung zu Trugwahrnehmungen des Gehörs. Es kommt dabei in Betracht, daß ja an und für sich der innere Denkreiz an Einwirkungsstärke auf das Perzeptionszentrum weit hinter der einer wirklichen, von außen kommenden Sinneswahrnehmung zurückbleibt. Jedoch setzt eben die Überempfindlichkeit einer perzeptiven Sinnesfläche ihren eigenen „Schwellenwert" herab, so daß da auch ein schwächerer Reiz die Schwelle überschreiten und das Zentrum in Funktion setzen kann, wo für gewöhnlich ein stärkerer Reizanprall nötig ist, das Tor zu öffnen.

Übergangsfälle von den Erscheinungen des Gedankenlautwerdens zu eigentlichen Halluzinationen bilden schließlich solche, bei denen die Kranken den Ursprung ihrer Gedanken darauf zurückführen, daß sie ihnen von Wesen vorgesagt werden, die in ihrem Inneren wohnen. Dahin gehört z. B. der Kranke Sch. mit paranoider Demenz, der einen Erdgeist im Kopf wohnen hat, den er mit „Unk" bezeichnet. Dieser flüstert ihm viel Wissenswertes zu, wodurch sich der Kranke allen anderen Menschen weit überlegen dünkt.

Es geht bei diesem Kapitel wie bei den anderen der Psychiatrie, daß sich viele Mischformen zeigen und es ein Entweder-oder oft nicht gibt.

Offener Brief.

Sehr geehrter Herr Kollege!

In Ihrem Artikel „Was soll werden" hatten Sie die Liebenswürdigkeit, meines in Nr. 40 des 9. Jahrganges dieser Wochenschrift erschienenen Vortrages „Wir und die Öffentlichkeit" Erwähnung zu tun.

Das freut mich nicht nur deshalb, weil mir dadurch Anlaß für diese Zeilen geboten wird, sondern noch mehr darum, weil Sie die Bemerkung machen, der „Appell habe leider geringen Widerhall bei den deutschen Psychiatern gefunden".

Geringen, also doch überhaupt einen. Da sieht man wieder einmal, wie wahr der Satz ist: „Nemo propheta in patria." Hier nämlich sind meine Ausführungen ohne jeden, auch nur geringsten Erfolg geblieben.

Doch — damit man mich nicht der Übertreibung bezichtige: Es wurde ja ein „Komitee" bestellt, ein „Komitee", welches die „Sache in die Hand nehmen" sollte. Natürlich hat man auch mich hinein gewählt, trotzdem ich meine Meinung über die Gründung eines solchen drastisch genug gekennzeichnet hatte.

Dieses Komitee sollte — ja was sollte es nicht alles! Tatsache ist, daß es nie auch nur das geringste Lebenszeichen von sich gegeben hat.

Ebensowenig hat es gefruchtet, wenn ich meinen Anstaltskollegen ans Herz legte, doch korporativ in den psych.-neurologischen Verein in Wien einzutreten und so diese Körperschaft aus ihrer rein wissenschaftlichen Abgeklärtheit ins Fahrwasser praktischer Bedürfnisse hinüberzulenken. Nicht einmal die Wiener Anstaltsärzte fanden es alle der Mühe wert, ihren Beitritt zu bewerkstelligen!

Der Erfolg war also auch hier gleich Null.

Es ist mir ja nicht eingefallen, mir einzubilden, es wäre möglich, die Irrenärzte Österreichs mit einemmale aus ihrer schmählichen Lethargie aufzurütteln — so naiv bin ich schon lange nicht mehr! Daß es aber so gar keinen Eindruck machen werde, wenn man den Kollegen das Unwürdige ihrer Stellung einmal offen ins Gesicht sagte, das hätte ich doch nicht geglaubt.

Diese absolute Stumpfheit, dieser Mangel jeder

Reagenzfähigkeit hat mich doch betroffen und mir die Hoffnung, etwas zu erreichen, wesentlich gemindert. Seither habe ich mich zur Resignation bequemt, Mißmut und wohl auch etwas Geringschätzung gegen die Masse der Psychiater im Herzen, denen die Achtung ihrer Umgebung so ganz und gar „Wurscht" ist, daß sie nicht einmal den Versuch macht, eine Änderung ihrer dubiösen Lage zu erwirken.

Weil aber angeblich „alles verstehen alles verzeihen" heißen soll und getäuschte Erwartungen nach einiger Zeit gewöhnlich tiefsinnige Meditationen über die letzten Gründe der Dinge hervorrufen, habe auch ich mich hinterher bewogen gefühlt, mir die Tatsachen zurechtzulegen und wenigstens die Ursachen zu erforschen, welche das meinem Empfinden rätselhafte Verhalten des Standes der Irrenärzte erklären, wenn schon nicht entschuldigen könnten.

Es wird mir leid tun, wenn meine Resultate nicht nach jedermanns Geschmack sein sollten. Ich halte nun folgendes für einen Hauptgrund.

Es ist nämlich sicher, daß die Art und Weise, wie sich der Status der Anstaltsärzte rekrutiert und ergänzt, eine ziemlich — na, sagen wir unglückliche ist.

Möglicherweise führen mich zufällige persönliche Erfahrungen zu einem fälschlich verallgemeinerten Schlusse; wahrscheinlich ist dies jedoch nicht.

Soweit nämlich meine Kenntnis reicht, und ich kenne eine ziemliche Anzahl von Berufskollegen, kaum je — ja, wenn es mir nicht doch zu gefährlich schiene, möchte ich sagen: nie — habe ich vernommen, daß innerer Drang einen von ihnen zum Berufe eines Psychiaters führte, — mich auch nicht.

Im Gegenteile, nicht selten waren es geradezu komisch wirkende Nichtigkeiten, Zufälle, welche den Eintritt in den Anstaltsdienst verursachten.

Die Gründe für diese Erscheinung sind hier irrelevante, die Folgen davon aber einleuchtende.

Berufsfreudigkeit ist demnach ja von Anfang an wenig vorhanden: den meisten Neulingen schwebte bis dahin eine andere, eine schönere Zukunft vor Augen. Kommen nun erst die vielen Enttäuschungen, die der Anstaltsdienst und das Anstaltsgetriebe im Gefolge haben, hinzu, so ist es kein absonderliches Wunder, wenn eine gewisse Gleichgültigkeit eintritt, man die vielerlei Schikanen von seiten der Öffentlichkeit wie etwas Fremdes, unser Inneres nicht Tangierendes empfindet und das Standesgefühl, die spezielle Standesempfindlichkeit, ohnehin nie recht lebensfreudig, gänzlich verkümmert.

Diese Apathie verschlimmert natürlich wiederum die äußere Stellung des Standes, er wird neuerdings weniger anstrebenswert für den jungen Arzt und so beißt sich wieder einmal die Katze in den Schwanz.

Auf diese Weise läßt sich also m. E. vielleicht das sonderbare Verhalten der Irrenärzte erklären, entschuldigen aber kann es letztere meinem Empfinden nach nicht.

Seine Berufsehre sollte vielmehr jedem gebildeten Menschen so hoch stehen, daß er doch zumindest einer Aktion zu ihrer Wahrung sich anschließt und nicht durch Fernbleiben der Sache schadet und bei Übelwollenden den Eindruck auslösen hilft, als handle es sich beim Ganzen nur um die Mache einiger weniger, die um jeden Preis aus Anlage wider den Strom schwimmen wollen. Die Furcht hiervor mag übrigens manchen von aktiver Betätigung abhalten; denn daß die Zahl jener, welche das Mißliche ihrer gesellschaftlichen Position empfinden, so gering sein sollte, als es den Anschein hat, kann ich selbst bei meinem Pessimismus nicht glauben.

Eine Schande aber bleibt das apathische Hinduseln des ganzen Standes immerhin, und mir das von der Leber geredet zu haben, bereitet mir ein Gefühl der Befriedigung.

Gleichwohl will ich diesen Anklagen doch in nachfolgendem ihre Schärfe nehmen; denn noch bin ich nicht soweit, alle Rücksicht beiseite zu lassen und schonungslos die Sonde an die heutigen Verhältnisse in der Irrenfrage anzulegen.

Überzeugt, daß „manches faul im Staate Dänemark" und daß es nicht allzulange mehr dauern könne, bis gegen die Folgen professionellen Phrasengetöns nüchterne Erwägungen sich Bahn brechen, zögere ich dennoch, den Rufer im Streite zu machen, weil „viele Hunde des Hasen Tod" wären.

Ich will deshalb zugeben, daß ich vielleicht in meinen Ausführungen am 1. österreichischen Irrenärztetage zu viel Schuld den Kollegen in die Schuhe geschoben, bezüglich anderer Faktoren hingegen zu optimistisch gedacht habe.

So bekenne ich offen, daß ich die Presse zu günstig beurteilt habe, als ich die Meinung aussprach, man solle ihr nur Aufklärung bieten, sie werde mit Vergnügen davon Gebrauch machen.

Schon in der Diskussion hat damals Herr Hofrat v. Wagner mein Vertrauen zu erschüttern versucht, indem er sagte, ich solle nur vorerst versuchen, eine loyale Berichtigung — nicht so eine mit dem Preßparagraphen erzwungene — in einem Blatte unterzubringen.

Und als wenig später durch die Journale wieder Skandalberichte über einen Sanatoriumsbesitzer liefen, hatte er die Liebenswürdigkeit, mir Informationen zu-

kommen zu lassen, und er hat mir nicht nur ein „hic Rhodus“ zugerufen, sondern mir auch die Autorität seines Namens zur Verfügung gestellt.

Die Zeitungen aber, an welche die Notiz gesendet wurde, fanden es für gut, trotzdem sie früher weidlich geschimpft hatten, darauf gar nicht zu reagieren, ja eine, bei der ich Erkundigungen einzuziehen in der Lage war, hatte den Artikel „leider verworfen“.

Es scheint also richtig zu sein, daß es den Tagesblättern wohl auf Sensation und Skandal, nicht aber auf Aufklärung ankommt.

Ebenso erging es mir mit mehreren Feuilletons, welche allgemeine Irrenfürsorgefragen in gemeinverständlicher Weise behandelten. Dafür hatten die Journale keinen Platz, obwohl das Interesse des Publikums für solche Themen in hohem Maße vorhanden ist, wie ich gelegentlich konstatieren konnte, als mir die Wiener Urania ihre Räume für einen Vortrag über moderne Irrenpflege zur Verfügung gestellt hatte.

Ich muß also wohl „pater, peccavi“ sagen und zugeben, daß ich die Journalistik zu anständig eingeschätzt habe.

Es dürfte daher Ihr Vorschlag, sehr verehrter Herr Kollege, in den Tagesblättern prompte Richtigstellungen falscher Sensationsnachrichten erscheinen zu lassen, für die Ärzte nicht leicht zu befolgen sein, wenn nicht, wie Sie allerdings auch sehr richtig bemerken, Juristen uns ihre Mitwirkung leihen.

Uns Psychiater nämlich glauben die Blätter der bisherigen Waschlappigkeit halber für eine quantité négligeable ansehen zu dürfen.

Damit wäre ich denn glücklich wieder bei meinem Steckenpferde angelangt und kann füglich zum Schlusse eilen.

„Was soll werden?“ fragen Sie, geehrter Herr Kollege, in der Aufschrift Ihres dankenswerten Aufrufes.

„Einkehr und Umkehr“ ist die Antwort.

„Hundsfott, hilf Dir selbst“ lautet ein derbes, aber unzweifelhaft richtiges Sprüchwort.

Hoffentlich gelingt es trotz aller bisherigen Mißerfolge dennoch, die Masse der Irrenärzte aus ihrer schmählichen Gleichgültigkeit aufzurütteln. Wenn nicht, dann mögen sie wenigstens so taktvoll sein, sich in ihre vier Mauern zu verkriechen und sich nicht auf der Straße zu zeigen. Es könnte sonst geschehen, daß man mit Fingern nach ihnen zeigte.

Was dem einen oder anderen von ihnen doch unangenehm sein sollte!

Ihr ergebenster
Dr. Edmund Holub.

Wien, im Januar 1909.

Sauerstoffbäder bei Geisteskranken.

Bei der Bäderbehandlung der Psychosen ist gegenwärtig wenig oder gar keine Rede von Bäderingredientien. In dem Abschnitt „Therapie“ der neuesten und gebräuchlichsten Lehrbücher der Psychiatrie finden wir sie gar nicht erwähnt. Der therapeutische Effekt solcher Zusätze steht aber außer jedem Zweifel. In den Nervenheilstätten, in den besseren Krankenhäusern und in der Privatpraxis sind sie ständig im Gebrauch.

Es liegt auf der Hand, daß manchem widerstrebenden Geisteskranken das Verständnis für den therapeutischen Zweck des Bades eher und leichter aufgeht, wenn er es mit einem Ingrediens verbunden wahrnimmt. Ebenso wird überhaupt bei solchen Geisteskranken, welche eine Antipathie gegen die Badebehandlung haben, und welche nach der Entlassung den Angehörigen von der ihnen unangenehmen oder unverständlichen Prozedur erzählen und damit falsche Ansichten über die Anstaltsbehandlung verbreiten helfen würden, eine Korrektur ihrer Auffassung erfolgen, wenn ihnen durch die Ingredientien der Zweck des Bades offensichtlicher erkennbar gemacht würde. Es ist ferner möglich, die Wirkung eines prolongierten Bades zu steigern und in kürzerer Zeit zu erzielen, wenn der Effekt des Wassers durch denjenigen der Ingredientien unterstützt wird, und dies wäre der wichtigste dieser drei Gründe für die Einführung der Ingredientien; es kommen hier die beiden Nebenwirkungen hinzu, daß durch die Verkürzung der Badezeit an Heizmaterial und Personal gespart wird. Dadurch gleichen sich die Mehrkosten für die Ingredientien teilweise aus, wenn es überhaupt für zulässig erachtet werden sollte, auf dem Gebiet der Therapie den Sparsinn besonders zu betätigen.

Zur Erzielung einer Beruhigung des Nervensystems haben sich in der inneren und neurologischen Medizin die **Sauerstoffbäder** vorzüglich bewährt und rasch und fest eingebürgert, nachdem man an die Stelle der Sauerstofferzeugungsapparate, welche nur atmosphärischen Sauerstoff liefern, die chemische Entwicklung des Sauerstoffs im Bade selbst gesetzt hat. Dieser im status nascendi befindliche, aktive Sauerstoff übt eine unvergleichlich intensivere Wirkung aus als der atmosphärische. Über den Einfluß des Sauerstoffbades auf den Organismus sind eine Reihe von Untersuchungen und Beobachtungen gemacht worden. Sie ergaben Erniedrigung des Blutdrucks, Verlangsamung und Verbesserung

des Pulses, angenehm prickelndes Gefühl in der Haut, angenehmes Wärmegefühl, Empfindung von Wohlbehagen und Beruhigung, deutliches Schlafbedürfnis. Indikationen für die Anwendung des Sauerstoffbades sind daher Arteriosklerose, nervöse Angstzustände und Erregtheit, Schlaflosigkeit.

Bei der Verordnung der Sauerstoffbäder für Geisteskranke kommt es nun noch darauf an, zu vermeiden, daß bei der Entwicklung des Sauerstoffs nichts eintritt, was durch den Eindruck des Fremdartigen beunruhigen könnte, wie z. B. auffallende Färbung des Wassers und der Haut. Dieses Problem hat Dr. Menter (Wien) gelöst, welcher, wie er mitteilt, zugleich von dem Gedanken ausgehend, ein billiges Sauerstoffbad zu schaffen, fand, „daß Gemische von Natriumsuperoxyd (Na_2O_2) mit Natriumbicarbonat ($NaHCO_3$) und noch anderen indifferenten Substanzen die Fähigkeit zeigen, in Berührung mit Wasser eine andauernde und reichliche Sauerstoffentwicklung zu liefern, ohne mehr im geringsten die unangenehmen Eigenschaften des Natriumsuperoxyds, wie leichte Zersetzlichkeit oder gar Feuergefährlichkeit zu besitzen.

Die durch die Reaktionswärme aus dem Natriumbicarbonat etwa frei werdende Kohlensäure wird von dem aus dem Natriumsuperoxyd entstandenen Natriumhydroxyd, unter Bildung von weiterem Bicarbonat, sofort gebunden, so daß bei richtig gewählten Mengenverhältnissen der entstandene Sauerstoff absolut frei von Kohlensäure ist und auch zu Inhalationszwecken verwendet werden kann.

Die Reaktion verläuft etwa nach folgenden Gleichungen:

$$Na_2O_2 + H_2O = 2\,NaOH + O,$$
$$NaOH + O + CO_2 = NaHCO_3 + O.$$

Die resultierende Menge von Natriumhydroxyd ist eine so geringe, daß sie bei einem 200 bis 300 Liter-Bade wohl kaum in Betracht kommt.

Ein weiterer Vorteil der Sauerstoffentwicklung aus Natriumsuperoxyd ist der, daß man nur eine sehr kleine Menge oder überhaupt gar keinen Katalysator anzuwenden hat, weshalb das Badewasser stets ungefärbt bleibt."

Diese Sauerstoffbäder (unter dem Namen „Ozonal" bezw. „Sedlozon" für Deutschland g. g.) bestehen aus je 4 Tabletten, kosten überall: in Österreich-Ungarn 2,80 K., in Deutschland 2,30 M. (8 Bäder = 1 Postkollo), werden allein von der Firma Dr. W. A. Sedlitzky, Hallein und Berchtesgaden, erzeugt und sind direkt von der Fabrik oder durch alle einschlägigen Geschäfte zu beziehen. Diese Firma stellt außerdem noch andere Badezusätze in bequemer Tablettenform her, wie Kohlensäure, aromatische Kräuter, Fichtenextrakt, Eisen, Schwefel, Mutterlaugensalz.

Dr. Bresler.

Mitteilungen.

— **Aus Tirol.** In der Dezembertagung des Tiroler Landtages sollte sich eine Neuregelung der Bezüge der Ärzte und Wärter der beiden Landesirrenanstalten Hall und Pergine ereignen, und frohen Mutes sah man mit Rücksicht auf die Verhältnisse im Deutschen Reiche und in den meisten Kronländern Österreichs der Erledigung der wirklich bescheidenen Vorlage entgegen. — Doch!

Früher:

Direktor: VII. Rangklasse, Gehalt 6000 K., Aktivitätszulage 560 K., Teuerungszulage 645 K.

Erster Hilfsarzt: VIII. Rangklasse, Gehalt 4400 K., Aktiv.-Zul. 480 K, Teur.-Zul. 610 K.

Zweiter Hilfsarzt: IX. Rangklasse, Gehalt 3200 K., Akt.-Zul. 400 K., Teur.-Zul. 200 K., Personalzul. 345 K.

Dritter Hilfsarzt: X. Rangklasse, Gehalt 2200 K., Akt.-Zul. 320 K., Teur.-Zul. 160 K., Personalzulage 680 K., drei Triennien zu je 200 K.

Nach der Neuregelung:

Direktor: VII. Rangklasse, Gehalt 6400 K., Akt.-Zul. 805 K., Personalzulage 1000 K.

Erster Hilfsarzt: VIII. Rangklasse, Gehalt 4800 K., Akt.-Zul. 690 K.

Zweiter Hilfsarzt: VIII. Rangklasse, Gehalt 3600 K., Akt.-Zul. 690 K., zwei Quinquennien und ein Triennium zu je 400 K.

Dritter Hilfsarzt: IX. Rangklasse Gehalt 2800 K., Akt.-Zul. 600 K., vier Triennien zu je 200 K.

Für die Familienwohnung mit Garten wird den älteren Ärzten wie bisher die Hälfte der alten Aktivitätszulage abgezogen, bei den dritten Hilfsärzten jedoch, obwohl die Wohnung sich nicht verändert, die der neuen. Beheizung und Beleuchtung (auch Stiegen!) hat die Partei zu bezahlen. Für die endlich eingeführte 30 jährige Dienstzeit werden jetzt 4,3 % gegenüber den früheren 2 % vom Einkommen für den Pensionsfond abgezogen.

Zu all dem noch wurde das Zeitavancement abgelehnt.

Die ausgeschriebene Stelle eines vierten Hilfsarztes der X. Rangklasse (in Hall) blieb natürlich unbesetzt.

Bemerkungen sind wohl überflüssig.

Die Wärter erhalten unverändert wie ehedem:

Anfangsgehalt monatlich 32 K. nebst freier Station. Nach zweijähriger Dienstzeit 36 K.; nach zehnjähriger 40 K. Der Inventarwärter der Abteilung 4 K. Zulage, der Vizeoberwärter 10 K. Der Oberwärter bezieht 60 K. mit einem Quinquennium von 10 K. und einem täglichen Kostgeld von 1,60 K. Jeder Wärter ein jährliches Monturpauschale von 40 K. Familienwohnung gibt es in Hall überhaupt nicht. so daß gegenwärtig kein einziger Wärter verheiratet ist oder sein kann.

Dafür wird jetzt wahrscheinlich als Aufbesserung zumindest 1,50 K. als „Ruhegenußfondsgebühr" von den Bezügen der Wärter monatlich abgezogen. Man staune — —

Referate.

— La Responsabilité médicale et l'assistance des aliénés. Par le Dr. A. Claus, Médecin en chef de l'asile des aliénés de Mortsel (Anvers), Anvers-Typ. J. E. Buschmann, 1906.

Verf. behandelt in dieser Broschüre die Frage der ärztlichen Verantwortung in medizinisch-juristischer Beleuchtung. Dabei nimmt er Bezug auf von ihm erbetene diesbezügliche Aussprachen anderer Autoren über diese Frage; auch führt er geeignete Beispiele an. Er geht dann dazu über, was andere Staaten unter dem ihren Geisteskranken nötigen ärztlichen Beistand heute verstehen, und kritisiert dabei scharf die rückständigen, wohl allgemein bekannten, belgischen Verhältnisse.

Auf sein Programm der Irrenpflegeverbesserung in Belgien näher einzugehen, hält Ref. nicht für nötig; seine Forderungen decken sich im großen und ganzen mit dem, was „moderne Psychiatrie" heißt.

Nachdrücklich soll noch auf einige Beispiele hingewiesen werden, die eine Stütze der bekannten Erfahrungstatsache sind, daß manche Fälle, namentlich depressive Zustände, deren vorzeitige Entnahme aus der Anstalt der Arzt dringend widerrät, zu Hause über Erwarten schnell abheilen. Sie mahnen dazu, in Fällen, bei denen besonders Heimweh stark im Vordergrund steht, und bei denen die Anstaltsbehandlung eher Rückschritte als Fortschritte zu zeitigen scheint, das Risiko einer vorzeitigen Entlassung zu wagen, natürlich unter gewissenhaftester Instruierung der Umgebung.

Zuletzt beschäftigt sich Verf. mit der Frage, ob und inwieweit Geisteskranke zur Verantwortung für gewisse Handlungen zu ziehen sind, wenn der Anstaltsdirektor bezw. der Arzt zur Verantwortung nicht herangezogen werden können (Familienpflege etc.).

Heinicke-Waldheim.

Personalnachrichten.

— **Münster i. Westf.**, Provinzialheilanstalt. Assistenzarzt Dr. Dierksen als Abteilungsarzt an die Provinzialheilanstalt in Lengerich i. W. versetzt.

Dr. Clemens als Assistenzarzt hier eingetreten.

— **Bayern.** Am 16. Okt. 1908 trat Dr. Oskar Stölzel, bisher Physikatsassistent an der k. Polizeidirektion München, in den Dienst der Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth; am 16. Nov. 1908 wurde an der gleichen Anstalt Sally Simon aus Posen, der bereits mehrere Monate dort als Med. Praktikant tätig gewesen, zum Ass.-Arzt ernannt.

Dem k. 1. Ass.-Arzte Dr. Hans Weyermann an der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren wurde ab 16. Nov. 1908, dem k. 1. Ass.-Arzte Dr. Edwin Harlander der Kreisirrenanstalt Werneck ab 22. Dez. 1908 der Titel eines k. Oberarztes gebührenfrei verliehen. Ass.-Arzt Dr. Max Eisenhofer (Bayreuth) erhielt ab 1. Dez. 1908, Dr. Heinrich Vogler (Deggendorf) und Dr. Wilhelm Caselmann (Deggendorf) ab 30. Dezember 1908 pragmatische Rechte.

Ab 1. Jan. 1909 wurde der bisherige Hilfsarzt der Kreisirrenanstalt Ansbach, Dr. Gg. Hußel, zum kgl. „Anstaltsarzt" nach Klasse XII der neuen Gehaltsordnung für die etatsmäßigen Staatsbeamten befördert.

— **Königreich Sachsen.** Die Anstaltsärzte Dr. Böttcher in Colditz, Dr. Arnemann in Großschweidnitz, Dr. Hofmann in Bautzen, Dr. Klemm in Zschadraß, Dr. Rentsch in Sonnenstein, Dr. Böttcher in Hohnstein, Dr. Meltzer in Waldheim und Dr. Geist in Chemnitz-Altendorf sind zu Oberärzten ernannt.

— **Riga.** Zum 25 jährigen Amtsjubiläum des Direktors der Anstalt Rothenberg Dr. med. Theodor Tiling. Am 1. Januar d. Js. vollendeten sich 25 Jahre der Amtstätigkeit des hochverdienten Leiters der städtischen Irrenanstalt Rothenberg, Dr. Theodor Tiling. Da der Jubilar zu diesem Termin verreist war, mußte damals von einer offiziellen Feier Abstand genommen werden. Nichtsdestoweniger hatten es die Stadtverwaltung sowie die näheren Kollegen und das Personal der Anstalt sich nicht nehmen lassen, den verehrten Jubilar am 6. Januar wenigstens nachträglich zu feiern.

In dem vom Wartepersonal festlich geschmückten Anstaltssaal versammelten sich um 12 Uhr mittags das Stadthaupt, Herr George Armitstead, drei Vertreter der städtischen Sanitätskommission, die Assistenzärzte, eine größere Anzahl verschiedener Kollegen und frühere Assistenzärzte, Beamte der Anstalt und des Wartepersonals und andere, um den Jubilar zu begrüßen. Der Präses der städtischen Sanitätskommission Dr. Heerwagen feierte in warmer Rede die großen Verdienste, die sich Direktor Th. Tiling während seiner 25jährigen Leitung der Anstalt Rothenberg um diese treffliche Anstalt und um die behandelten Patienten erworben hat. In seiner Dankesrede betonte Dir. Dr. Tiling namentlich, daß es ihm nur durch die Munifizenz der Stadtverwaltung und ihr weitgehendes Entgegenkommen und Verständnis für die Bedürfnisse der Anstalt möglich gewesen sei, das zu erreichen, was erreicht worden ist. Ein spezieller Dank gebühre ferner seinen Mitarbeitern und Assistenten für ihre treue gewissenhafte Mitarbeit. Im Namen der Kollegen und Beamten an der Anstalt feierte der Assistenzarzt Dr. Baron Lieven den Jubilar als hervorragenden Arzt und freundlichen Vorgesetzten. Auch im Namen des Wartepersonals dankte ein Vertreter für sein gerechtes, humanes und väterliches Wohlwollen. In einem warmen Dankeswort dankte Direktor Tiling insonderheit seinen näheren Mitarbeitern, den Ärzten, den Beamten, den Oberwärtern und Oberinnen, sowie dem Wartepersonal für ihren schweren, aufopferungsvollen Dienst. — Namens der „Gesellschaft praktischer Ärzte" in Riga überreichte eine Deputation mit Herrn Dr. med. P. Klemm an der Spitze eine Adresse an den Jubilar. — Im Namen der früheren Assistenzärzte in Rothenberg sprach anerkennende Worte des Dankes Dr. med. J. Bernsdorff, während Dr. Ed. Schwarz ein wertvolles Andenken überreichte.

Am Nachmittag wurde für die Patienten eine Theatervorstellung vom Wartepersonal arrangiert. Auch ein Männerquartett ließ seine Weisen hören. Die schlichte schöne Feier fand am Abend mit Tanz, der bis 11 Uhr dauerte, ihren Abschluss.

(Rigaische Rundschau. 20. 1.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,** Lublinitz (Schlesien).

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Inseratenannahme für Österreich-Ungarn **S. Taussik**, Annonc.-Exped., Wien II/2, Laufbergergasse 4.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Die Stelle des

Assistenzarztes

an der Privat-Heilanstalt f. Gemüts- und Nervenkranke besserer Stände „Friedheim“ zu ZIHLSCHLACHT (Schweiz) ist auf 1. März neu zu besetzen. Kollegen mit Sprachkenntnissen und psychiatrischer Vorbildung haben den Vorzug. Gehalt 2500—3000 M. jährlich u. freie Station. — Meldungen an **Dr. F. Krayenbühl in Zihlschlacht** erbeten.

Zahl 792 prs.

Kundmachung.

An der Tiroler Landes-Irrenanstalt in Hall kommt die Stelle des **4. Hilfsarztes** zur Besetzung.

Mit dieser Stelle sind die Bezüge der X. ev. IX. Rangsklasse der Landesbeamten entsprechend der gleichen Rangsklasse der Staatsbeamten verbunden, auch erhält der Hilfsarzt ein möbliertes Zimmer mit freier Beheizung und Beleuchtung beigestellt.

Die Gesuche um diese Stelle sind unter Darlegung des curriculum vitae belegt mit Geburts- u. Heimatsschein und dem Nachweise über die Erlangung des Doktorgrades an einer inländischen Universität und über die allfällige bisherige wissenschaftliche oder praktische Betätigung a. medizinischem speziell psychiatrischem Gebiete an den Tiroler Landes-Ausschuß zu richten.

Hierbei sei bemerkt, daß sich der Landes-Ausschuß vorbehält, vorläufig die Stelle nur in provisorischer Eigenschaft mit dem Anspruche auf definitive Bestellung nach Jahresfrist im Falle zufriedenstellender Dienstleistung z. verleihen.

Innsbruck, den 30. Dezbr. 1908.

Tiroler Landes-Ausschuß.

An der Ostpreußischen Provinzialheilanstalt **Allenberg bei Wehlau** ist die Stelle eines

Anstaltsarztes

neu zu besetzen.

Einkommen 3000 bis 5000 M., steigend von 3 zu 3 Jahren um 400 M. neben Dienstwohnung, Heizung und Beleuchtung im Wert von 680 M. (Gehaltserhöhung wie bei den Oberlehrern in Vorbereitung). Bei zufriedenstellender Dienstführung später pensionsberechtigte Anstellung auf Lebenszeit.

Meldungen mit Zeugnissen und Lebenslauf werden erbeten an **die Direktion.**

Bekanntmachung.

An der herzogl. Landes- Heil- u. Pflegeanstalt zu Hildburghausen (S.-Meiningen) ist die Stelle eines

Hilfsarztes

alsbald zu besetzen. Gehalt 2400 bis 2600 Mark bei freier Station I. Klasse.

Bewerbungen mit Lebenslauf u. Zeugnissen erbittet **Die Direktion.**

Dauerstellung in schön gelegener

Privatanstalt

sucht verheir. **Arzt,** 40 J. a., evang., aus guter Fam. (M. d. L. V.) Mehrjähr. psychiatr.-neurol. Anstaltstätigk. vorausgegangen. Guter Internist. Persönl. Besprechung erwünscht. Off. unter **M. U. 7136** an **Rudolf Mosse, Frankfurt a. M.**

Fortsetzung der Stellenangebote u. -gesuche auf der 3. Umschlagseite.

PAGE NOT AVAILABLE

man der Prophylaxis auf allen Verwaltungsgebieten eingehende Aufmerksamkeit gewidmet.

Mag man auch die Schaffung moderner Einrichtungen in der öffentlichen Verwaltung mit noch so wohlklingenden Phrasen von Wissenschaft, Fortschritt, Humanität u. dergl. verbrämen, so ist und bleibt das treibende Moment doch immer die Rücksichtnahme auf materielle Interessen. Das Einbekenntnis einer solchen Auffassung gilt heute, wo die wirtschaftlichen Interessen allerwärts so sehr im Vordergrunde stehen, durchaus nicht mehr als eine Schande, sondern wird im Gegenteil den Verwaltungsorganen dann als Verdienst angerechnet, wenn sie es nur verstehen, diese ihre Auffassung in großzügigen produktiven Unternehmungen zum Ausdrucke zu bringen.

Dasjenige Spezialgebiet der medizinischen Wissenschaften, das vielleicht die augenfälligsten Neuerungen zur Folge gehabt hat, ist jenes der Psychiatrie. Die Herstellung neuer Irrenanstalten als open door-Cottageanlagen, die Beschäftigung der Geisteskranken in der Landwirtschaft und in Werkstätten und die Familienpflege bilden gegenüber den alten geschlossenen Irrenanstalten, als deren berühmtestes Denkmal vielleicht der noch bestehende, allerdings als Irrenanstalt aufgelassene Irrenturm in Wien zu bezeichnen ist, einen so ungeheuren Fortschritt, daß es an diesem allein schon zu erkennen wäre, welche Umwandlungen die menschlichen Anschauungen im Laufe verhältnismäßig kurzer Zeit erfahren können.

Für Conolly, Pinel und die ihnen nacheifernden Ärzte war die freie Behandlung der Geisteskranken sicherlich nur eine rein ideale Frage. Bei der durch die Gebrüder Fitz James versuchten Verwendung von Geisteskranken als landwirtschaftliche Kolonisten war wohl der hieraus zu erzielende materielle Vorteil wenn auch nicht ausschließlich maßgebend, doch sicherlich sehr stark mitbestimmend. Die Übertragung der in Gheel unter besonderen lokalen Verhältnissen entstandenen Familienpflege nach Frankreich und Deutschland ist schon unter dem vorwiegenden Gesichtspunkte der Erzielung von Ersparungen durch Vermeidung von Anstaltsbauten erfolgt, und auch bei allen späteren Anstaltsgründungen nach dem Offentürsysteme war der finanzielle Standpunkt so ziemlich der ausschlaggebende.

Die Fürsorge für schwachsinnige und idiotische Kinder war in erster Linie eine reine Frage der Menschlichkeit. In späterer Folge ist die Erkenntnis gereift, daß eine zeitgerechte Erziehung von idiotischen und schwachsinnigen Kindern geeignet ist, den in jedem Geschöpfe wohnenden Betätigungstrieb, der mangels irgendwelcher Erziehung zur Zerstörungssucht ausartet, in geregelte Bahnen zu lenken, und daß in den Erziehungsanstalten für Schwachsinnige und Idioten herangebildete Zöglinge eine nutzbare Verwendung in landwirtschaftlichen Kolonien und sonstigen Anstaltsbetrieben finden können.

So sehen wir, daß eine geregelte Irrenpflege vom wirtschaftlichen Standpunkte empfehlenswert ist, und daß es daher der öffentlichen Verwaltung nur zum Vorteile gereicht, den humanitären Intentionen der Ärzte gerecht zu werden und ihnen jene Mittel zur Verfügung zu stellen, welche sie zur Durchführung derselben benötigen.

Eine ihrer Aufgabe gewachsene Verwaltung wird daher bei Errichtung neuer Irrenanstalten darauf Bedacht nehmen, daß alle jene Erfahrungen, welche sich hinsichtlich der freien Behandlung und der Beschäftigung der Geisteskranken in schon bestehenden Anstalten ergeben haben, nutzbringend verwendet und daß jene Einrichtungen im reichlichen Maße geschaffen werden, welche notwendig sind, um eine möglichst große Zahl von Kranken zu nutzbringender Verwendung ihrer physischen Fähigkeiten heranzuziehen.

Mit der Errichtung von Irrenanstalten, von landwirtschaftlichen Kolonien für Geisteskranke und der Einführung der Familienpflege hat aber die Verwaltung die Aufgaben, die ihr auf dem Gebiete der Irrenpflege erwachsen, noch lange nicht erfüllt. Will sie großzügig und weitsichtig sein, so wird sie vor allem die in ihrem Verwaltungsgebiete entscheidenden Ursachen der Geistesstörung zu ermitteln und dahin zu streben haben, diesen Ursachen soviel als möglich entgegenzutreten.

In fast allen modernen Kulturstaaten können als maßgebendste Ursachen für die Geistesstörung angesehen werden: die gesteigerten Anforderungen, welche der Kampf ums Dasein den erwerbenden Ständen auferlegt, der Alkoholismus und die Syphilis.

Der Einfluß der gesteigerten Anforderungen, welche die moderne wirtschaftliche Evolution an die physischen und geistigen Kräfte des einzelnen Individuums stellt, auf die Volksgesundheit ist ja allgemein bekannt und würde die vollständige Beseitigung dieses Einflusses mit der Lösung der sozialen Frage zusammenfallen; eine Utopie, die ein ernst denkender Mensch für wirklich erreichbar kaum halten kann. Es gibt aber doch eine Reihe von Maßnahmen, welche geeignet erscheinen, diese gesteigerten Anforderungen wenigstens teilweise herabzusetzen. Sie liegen in der Verkürzung der Arbeitszeit, in einer strengen Einhaltung der Sonntagsruhe, in der obliga-

torischen Gewährung einer angemessenen Urlaubszeit für geistige Arbeiter, durchwegs Maßregeln, deren Bedeutung von der Verwaltung schon erkannt ist, und die mehr oder weniger schon in Durchführung begriffen sind.

Eine Herabsetzung der unverhältnismäßig gesteigerten Lebensansprüche, welch letztere sehr stark zur vermehrten Anspannung der Arbeitskräfte beigetragen haben, herbeizuführen, ist wohl ein erstrebenswertes, aber kaum erreichbares Ziel. Immerhin wird es sich eine weitsichtige Verwaltung zur Aufgabe stellen müssen, innerhalb ihres Wirkungskreises wenigstens bei den eigenen Angestellten auf eine möglichst einfache Lebensweise hinzuwirken und dahin zu streben, daß die Gründung eines Hausstandes erst dann erfolgt, bis der Heiratslustige auch tatsächlich über die Mittel verfügt, eine Familie erhalten zu können.

Trotz alledem wird die Überarbeitung einzelner schwächer veranlagter oder aus eigenem Willen, beziehungsweise infolge besonderer Verhältnisse übereifriger Individuen nicht zu vermeiden sein, und ist es daher Aufgabe der öffentlichen Verwaltung, dafür Vorsorge zu treffen, daß Personen, die durch Überarbeitung oder sonstige Umstände in ihrem Nervensystem eine Erschütterung erfahren haben, die Gelegenheit geboten wird, sich unter sachverständiger ärztlicher Führung in guter Luft und bei geregelter körperlicher Beschäftigung wieder zu erholen und zu kräftigen. Diesem Zwecke dienen die Nervenheilanstalten, deren Errichtung seitens der maßgebenden Behörden alle Aufmerksamkeit zugewendet werden sollte. Dort, wo mangels verfügbarer Mittel die Errichtung eigener öffentlicher Nervenheilanstalten nicht tunlich ist, und wo die Behörden eine entsprechende Betätigung der privaten Wohltätigkeit zu erzielen außerstande sind, kann der Zweck der Nervenheilanstalten durch Gestattung des freiwilligen Eintrittes Nervenkranker in besondere Abteilungen der öffentlichen Irrenanstalten ohne erheblichen Kostenaufwand erreicht werden.

Die neu errichteten Anstalten für Geistes- und Nervenkranke in Wien am Steinhof und in Mauer-Öhling sind nicht reine Irrenanstalten, sondern Heil- und Pflegeanstalten, welche volljährige dispositionsfähige Nervenkranke, deren Erkrankung auf psychischer Grundlage beruht, gegen Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses, das die Notwendigkeit der Anstaltsbehandlung konstatiert, gegen Entgelt oder auch unentgeltlich aufnehmen, behandeln und verpflegen.

Die eintretenden Nervenkranken haben lediglich die Verpflichtung, bei der Aufnahme sich protokollarisch der Hausordnung zu unterwerfen; sie haben je nach der ärztlichen Verordnung innerhalb und außerhalb der Anstalt volle Bewegungsfreiheit und können auch die Anstalt jederzeit verlassen, wenn nicht die Gefahr besteht, daß sie, sich selbst überlassen, gegen die öffentliche Sittlichkeit verstoßen, in sonstiger Weise gemeingefährlich werden, oder aber bei der Unmöglichkeit, sich selbst fortzubringen und mangels alimentationspflichtiger Angehöriger verkommen könnten.

Ist einer der vorbezeichneten Fälle zu befürchten, so hat der Anstaltsleiter der zuständigen politischen Behörde die Anzeige zu erstatten, welche Stelle sodann die amtsärztliche Untersuchung des Kranken verfügt und, falls derselbe als geisteskrank befunden wird, dessen zwangsweise Anhaltung in der Anstalt verordnet. Bestehen eigene Nervenheilanstalten oder sind die Irrenanstalten zur Aufnahme freiwillig Eintretender eingerichtet, so soll eine umsichtige Verwaltung darauf Einfluß nehmen, daß die einer fachärztlichen Behandlung bedürftigen Nervenkranken rechtzeitig die Anstaltspflege aufsuchen, damit sie nicht in ihrem geschwächten psychischen Zustande den Anstrengungen weiterer geistiger Arbeit unterliegen und als Geisteskranke einer Irrenanstalt zuwachsen.

Die größte Schwierigkeit für den Zuzug wahrhaft bedürftiger Nervenkranker in die zu ihrer Behandlung bestehenden Anstalten bietet die Frage der Erhaltung ihrer Stellung und des Unterhaltes ihrer Angehörigen. In den meisten Fällen werden Nervenkranke die Anstaltspflege nicht aufsuchen wollen oder können, weil sie befürchten müssen, während der mehrmonatigen Abwesenheit von ihrer Erwerbsstellung diese zu verlieren oder weil es ihren Familienangehörigen an den notwendigsten Mitteln zur Bestreitung des Lebensunterhaltes mangelt.

Eine moderne Verwaltung wird daher trachten, zugunsten solcher bedauernswerter Kranker bei ihren Arbeitsgebern zu vermitteln, daß ihnen ihre Stellungen erhalten bleiben oder dahin wirken, ihnen angemessene Stellungen anderwärts oder überhaupt Arbeit zu beschaffen, sie wird für die Unterstützung der Familien für die Dauer der Anstaltsbehandlung des Ernährers Sorge tragen, um in solcher Weise prophylaktisch größeres und für die öffentliche Verwaltung mit dauernder Belastung verbundenes Unglück hintanzuhalten und zu verhüten, daß die in ihrem Nervensystem erschütterten Personen ihre aufreibende Erwerbstätigkeit so lange fortsetzen, bis sie unter derselben zusammenbrechen und dadurch der Irrenpflege bedürftig werden, womit in der Regel auch verbunden ist, daß ihre Familien dauernd der öffentlichen Armenpflege anheimfallen.

Bei diesem Anlasse sei auch auf die allgemein bekannte bedauerliche Tatsache hingewiesen, wie sehr das heute noch selbst in gebildeten Bevölkerungskreisen bestehende Vorurteil gegen Geisteskranke und die zu ihrer Behandlung bestimmten Anstalten den in solchen Instituten angehaltenen Pfleglingen das spätere Fortkommen erschwert.

In bezug auf die Irrenpflege steht das große Publikum trotz aller Bemühungen der Literatur, die Fortschritte der psychiatrischen Wissenschaft bei der Behandlung von Geisteskrankheiten in der Öffentlichkeit zu verbreiten, noch immer auf nahezu demselben Standpunkte wie zu jener Zeit, da psychisch Kranke als „Tolle" betrachtet und mit Ketten gefesselt hinter vergitterten Fenstern und ängstlich versperrten Türen gefangen gehalten wurden. Die verschiedenen Formen der Geistesstörung sind dem großen Publikum noch lange nicht geläufig. Beweis dessen, daß erst vor ganz kurzer Zeit in Wien zwei junge Frauenspersonen Selbstmord aus „Furcht vor Paralyse" unternahmen, obwohl auch nicht der geringste Anhaltspunkt dafür vorhanden gewesen ist, daß eine Paralyse in Betracht kommen könnte.

So kommt es, daß Personen, welche in einer Irrenanstalt in Behandlung gestanden haben, unter allen Umständen als „unberechenbar" und in diesem Sinne gemeingefährlich betrachtet werden, und solchen Personen der Wiedereintritt in die frühere Erwerbstätigkeit wesentlich erschwert, wenn nicht ganz unmöglich gemacht wird.

Es ist daher auch eine sehr bedeutsame Obliegenheit der öffentlichen Verwaltung, auf die Bekämpfung des Vorurteiles gegen die Geisteskrankheiten hinzuwirken und darauf hinzuarbeiten, daß den aus den Irrenanstalten entlassenen Personen die Wiederaufnahme ihrer früheren oder die Erlangung einer ihrem geschwächten psychischen Zustande angemessenen neuen Erwerbstätigkeit ermöglicht wird.

Zur Bekämpfung des Vorurteils gegen die Irrenanstalten dient nebst einer modernen baulichen Anlage und einer jede unnötige Verheimlichung vermeidenden Betriebsführung, die Wahl einer Bezeichnung für die Irrenanstalten als „Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke", welche der Öffentlichkeit den Begriff, daß die Irrenanstalt eine Krankenheilanstalt ist, näher bringt, ferner die Zulassung von Korporationen, Vereinen und verläßlichen Privatpersonen zur Besichtigung der Anstalten, die Beiziehung von Gästen zu den Unterhaltungen und endlich hauptsächlich die Einflußnahme auf die Presse nach der Richtung, daß diese nicht durch Schauernachrichten aus den Irrenanstalten und über Geisteskranke überhaupt dem Sensationsbedürfnis der Menge zum Schaden der Bestrebungen zur Popularisierung der freien Behandlung übermäßig Rechnung trage. Anderseits wäre aber ein Vertuschungssystem nicht minder abträglich. Die größte Offenheit bei allen Vorkommnissen innerhalb der Anstalten entkleidet dieselben am sichersten des Verdachtes geheimnisvoller Vorgänge. Fälle von Mißhandlungen der Kranken durch das Pflegepersonal sollen rücksichtslos der gerichtlichen Behandlung zugeführt und in der Presse besprochen werden, damit sich in der Bevölkerung die Überzeugung festsetzt, daß die Anstalt derartige Vorkommnisse nicht duldet und es sich daher nur um vereinzelte Überschreitungen der Befugnisse der betreffenden Anstaltsorgane handelt. Die Behörden sollen in den Anstalten häufige und unvermutete Revisionen vornehmen und jedem Kranken Gelegenheit geben, seine Bitte oder Beschwerde vorzubringen. Durch den fortwährenden Kontakt der Anstaltspfleglinge mit den behördlichen Aufsichtsorganen wird ein Vertrauensverhältnis hergestellt, welches sich auf die Familien der Kranken überträgt und auch den Anstaltsärzten ihre Tätigkeit wesentlich erleichtert, weil sie vor Verdächtigungen besser geschützt sind.

Die Übernahme von Kranken aus den öffentlichen Irrenanstalten in die häusliche Pflege soll nicht unnötig erschwert werden, sondern es muß sich die Überzeugung verbreiten, daß bei Einhaltung der von der Anstalt vorgeschriebenen Vorsichtsmaßregeln jeder, selbst der schwerst Geisteskranke auf Wunsch der Familie in die häusliche Pflege abgegeben werden kann.

Das Vorurteil der Bevölkerung gegen die Irrenanstalten wird vielfach auch durch den Bestand der Privatirrenanstalten und zwar insofern genährt, als das Publikum die Anschauung vertritt, es würden Geisteskranke in den Privatirrenanstalten in gewinnsüchtiger Absicht zurückgehalten, es ergebe sich daher die Möglichkeit, unliebsam gewordene Familienangehörige durch die Internierung in einer Privatirrenanstalt zu beseitigen.

Wenn derartige Vorkommnisse wie eben jeder Mißbrauch auch nicht vollkommen ausgeschlossen sind, so gehören sie doch sicherlich zu den allergrößten Seltenheiten, um so mehr als die Behörden bei der Verleihung der Konzessionen für die Errichtung und den Betrieb von Privatirrenanstalten mit der größten Vorsicht vorzugehen und diese Anstalten unter fortwährender behördlicher Überwachung zu halten haben.

Am besten wird solchen Vorurteilen dadurch entgegengetreten, daß die öffentliche Verwaltung außer

den Irrenanstalten für Zahlungsunfähige auch Institute zur Pflege und Behandlung von Geisteskranken der vermögenden Stände unterhält. Solche Institute sollen gewiß auch dazu beitragen, durch ihre Einnahmenüberschüsse die Kosten der öffentlichen Irrenpflege zu verringern, sie dürfen aber die Privatbetätigung auf dem Gebiete des Irrenwesens nicht vollständig unmöglich machen, da andernfalls das Bestreben eintreten könnte, Geisteskranke in der Fremde unterzubringen und damit der Kontrolle ihrer eigenen Behörde zu entziehen.

Die öffentlichen Sanatorien für vermögende Kranke sollen — abgesehen von fiskalischen Interessen — lediglich den Zweck haben, der Bevölkerung die Beruhigung zu bieten, daß die Möglichkeit vorhanden ist, Kranke selbst bei den verwöhntesten Ansprüchen in einer öffentlichen Irrenanstalt unterzubringen. Gerade dort, wo vermögensrechtliche Interessen in Frage kommen, werden — wie die Erfahrung speziell in Niederösterreich zeigt — die Familien die öffentlichen Sanatorien den Privatirrenanstalten vorziehen, um von vornherein dem angesichts des gesetzlich geordneten Rechtsschutzes juristisch völlig unbegründeten, leider aber nicht auszurottenden Verdachte entgegenzuwirken, daß die Internierung des Kranken in einer Irrenanstalt seitens der Familie in der Absicht erfolgen könnte, sich seines Vermögens zu bemächtigen.

Hat die Irrenanstalt einmal für die Bevölkerung alles Beängstigende verloren, und hat sich der Gedanke eingebürgert, daß sie eine Krankenanstalt ist wie jede andere und daß die Geistesstörungen eben auch nur Krankheiten sind, dann wird die Irrenanstalt, oder wie sie besser zu bezeichnen sein wird, die Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenkranke auch gerne freiwillig aufgesucht werden, sie wird namentlich dann, wenn sie mit einem Ambulatorium für Nerven- und Geisteskranke verbunden ist, dazu dienen, psychische Erkrankungen schon in ihren Anfangsstadien zu beobachten und zu behandeln und damit den Zuwachs von Geisteskranken zu vermindern. Es werden dann die Irrenanstalten nicht ausschließlich dazu degradiert bleiben, nur bereits psychisch zerstörte Existenzen zu übernehmen, sondern es werden die Irrenanstalten auch prophylaktisch wirken und so manchen, der unter anderen Umständen der Geistesstörung unrettbar verfallen wäre, sich selbst, seiner Familie und der Gesellschaft erhalten können.

Wie erwähnt, zählen zu den maßgebendsten Ursachen für die Geistesstörungen, namentlich insoweit die Bevölkerung der Großstädte in Betracht kommt, auch der Alkoholismus und die Syphilis. Will die Verwaltung auf dem Gebiete des Irrenwesens prophylaktisch wirken, so muß sie diesen beiden verheerenden Volksübeln die größte Aufmerksamkeit widmen.

Als unmittelbare und mitwirkende Ursache bei dem Auftreten der Geistesstörungen spielt der Alkoholismus eine leider so bekannte Rolle, daß von der Anführung von statistischen Daten wohl abgesehen werden kann.

Die Bekämpfung des Alkoholismus kann von den Behörden nicht ausgehen, sie muß aus der Bevölkerung selbst hervorkommen; es müssen sich Gesellschaften und Vereine bilden, welche auf die Schäden des Alkoholmißbrauches aufmerksam machen, es muß sozusagen die Agitation von Mann zu Mann getragen werden, um die Erkenntnis festzusetzen, daß der Mißbrauch des Alkohols als eines der schädlichsten, wenn nicht als das schädlichste Volksübel zu bezeichnen ist.

Die Verwaltung kann in dem Kampfe gegen den Alkoholismus nur unterstützend mitwirken. Sie wird zunächst, wie dies speziell in Niederösterreich der Fall ist, den Alkoholgenuß aus den Irrenanstalten vollständig zu verbannen haben, weil Alkohol den kranken Gehirnen unter allen Umständen abträglich ist. Die öffentlichen Irrenanstalten des Landes Niederösterreich waren die ersten, deren mit der kaiserlichen Sanktion versehene Statuten verordnet haben, daß die Verabreichung von Alkohol als Genußmittel an Anstaltspfleglinge untersagt ist, und die Abgabe von Alkohol nur über ärztliche Verordnung als Medikament erfolgen darf. In diesen Anstalten sind auch alle Naturalbezüge des Personales an Getränken eingestellt und durch Lohnzulagen ersetzt worden.

Diese Maßregeln haben sich als überaus wohltätig erwiesen. Seit der Einführung der Abstinenz in den n.-ö. Landesirrenanstalten sind die früher stets lärmend und mit aufregenden Zwischenfällen verlaufenen Anstaltsunterhaltungen zu durchaus harmlosen und wirklich erheiternden Zerstreuungen geworden, und es konnte der Beweis erbracht werden, daß die Meinung der landbautreibenden Bevölkerung, es wäre unmöglich, landwirtschaftliche Arbeiten in der großen Hitze ohne Genuß von Alkohol zu bewältigen, eine durchaus irrige sei.

Die öffentliche Verwaltung wird weiter für die Errichtung von Trinkerheil- und Trinkerversorgungsanstalten bedacht zu sein haben, oder dort, wo die lokalen Verhältnisse, vielleicht auch die finanzielle Lage die Errichtung eigener Trinkerheilanstalten unmöglich machen, den freiwilligen Eintritt von Alkohol-

kranken in die Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke ermöglichen.

Letzterer Weg ist, nachdem der Versuch der Errichtung einer Trinkerheilanstalt infolge der ungenügenden Vorbereitung der Bevölkerung für diese Einrichtung gescheitert war, in Niederösterreich betreten worden und hat sich als überaus erfolgreich erwiesen.

Die weiteren Maßregeln zur Bekämpfung des Alkoholismus, welche der Behörde zustehen, sind die Einschränkung der Konzessionen für den Ausschank gebrannter geistiger Getränke und von Gasthauskonzessionen, das Verbot der Verabfolgung von Branntwein in der Zeit von Sonnabend abends bis Montag früh, das Verbot der Abgabe von Alkohol an Minderjährige, an notorisch Trunksüchtige sowie an Personen, welche sich bereits im berauschten Zustande befinden, die Belehrung durch die Schulen, die Entmündigung von Trunksüchtigen etc. etc.

Diesbezüglich hat die Antialkoholbewegung bereits erschöpfende Programme aufgestellt und so verbreitet, daß deren allgemeine Kenntnis vorausgesetzt werden darf.

Auch der Kampf gegen die Syphilis ist nicht neu. In mehreren Staaten haben sich Gesellschaften zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gebildet, die es sich zur Aufgabe machen, die Allgemeinheit über die Gefährlichkeit und die Verbreitung der Syphilis aufzuklären. Die wissenschaftlichen Forschungen haben den engen Zusammenhang zwischen Lues und der progressiven Paralyse so klar präzisiert, daß die Wechselwirkung zwischen diesen beiden Krankheiten als feststehend betrachtet werden kann.

Die unzähligen Opfer, welche die Lues den Irrenanstalten bereits zuführte und immer noch zuführt, machen es der öffentlichen Verwaltung zur Pflicht, auch der Verhütung der Geschlechtskrankheiten ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden und darauf hinzuwirken, daß die Bestrebungen zur Einschränkung dieses dem Alkoholismus sicherlich nicht nachstehenden Volksübels immer größere Ausdehnung erfahren. Auch hinsichtlich des Kampfes gegen die Syphilis liegen ausführliche Vorschläge seitens der erwähnten Gesellschaften vor. Sie beziehen sich auf die Einführung der unentgeltlichen ärztlichen Behandlung und Medikamentenabgabe für Geschlechtskranke, auf die Regelung des Prostitutionswesens, die obligatorische Untersuchung jener Männer, welche Freudenhäuser besuchen, die Errichtung von Magdalenenheimen für gefallene Mädchen, auf das Verbot der Wiederzulassung syphilitisch erkrankt gewesener Prostituierter zur Ausübung ihres Gewerbes usw.

Es gibt kaum ein Gebiet der öffentlichen Verwaltung, welches mit der Irrenpflege nicht wenigstens in indirekten Zusammenhang gebracht werden könnte. Die Irrenanstalten stellen sozusagen ein Spiegelbild der wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse des Staates dar, für welchen sie bestehen. Ein aufmerksames Studium der Krankenbewegung in den Irrenanstalten, der Krankheitsursachen, der Aufnahms- und Entlassungsumstände wird den Organen der öffentlichen Verwaltung manchen Aufschluß über die Zustände ihrer Gebiete erteilen, den sie in gleich zuverlässiger Weise anderswo kaum erlangen könnten. Daher soll die Irrenpflege seitens der öffentlichen Verwaltung nicht als ein nebensächlich, sondern als ein sehr sorgfältig zu behandelnder Gegenstand betrachtet werden und soll mit der Anwendung von Geldmitteln speziell in diesem Verwaltungszweige nicht mehr als unbedingt notwendig gespart werden, weil die Erfahrung lehrt, daß eine Versäumnis rechtzeitiger Prophylaxis eine unverhältnismäßig höhere Inanspruchnahme der öffentlichen Mittel zur Folge haben kann.

Die Beziehungen der öffentlichen Verwaltung zur Irrenpflege sind also so vielseitige und einschneidende, daß es sich sicherlich lohnt, dieselben zum Gegenstande eines eingehenden Studiums zu machen.

Zweck dieses Referates war lediglich, die Aufmerksamkeit darauf zu lenken, daß die Kongresse für Irrenpflege nicht nur für die Ärzte, sondern auch für die Organe der öffentlichen Verwaltung von Bedeutung sind, daß eine rege Beteiligung der Volksvertreter und der Verwaltungsbeamten an den Verhandlungen der Kongresse für Irrenpflege nicht nur wünschenswert, sondern sogar sehr notwendig ist, und daß somit das Thema „Irrenpflege und Verwaltung" von den Tagesordnungen der Internationalen Kongresse für Irrenpflege nicht mehr verschwinden darf.

Es wird eine dankenswerte Aufgabe späterer Kongresse für Irrenpflege sein, Erhebungen darüber zu pflegen, wie die Irrenpflege in den einzelnen Staaten der zivilisierten Welt organisiert ist, welche Institutionen der öffentlichen Verwaltung zu ihrer Behandlung kompetent sind, welche gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen in den einzelnen Staaten die Verwaltung der öffentlichen Irrenpflege regeln, welche Geldmittel pro Kopf der Bevölkerung und pro Kopf der verpflegten Geisteskranken in den einzelnen Staaten hierfür aufgewendet werden, welche Fortschritte die Organisation der Irrenpflege zu verzeichnen hat und inwieweit die Behörden der Prophy-

laxis gegen die Zunahme der Geistesstörungen Rechnung tragen.

Kommenden Internationalen Kongressen für Irrenpflege soll daher auch die Zusammenfassung der Aufgaben der Verwaltung auf dem Gebiete der Irrenpflege in Leitsätzen vorbehalten bleiben, von deren Aufstellung der Berichterstatter aus dem Grunde Umgang nehmen zu sollen glaubte, weil er dieses sein Referat als nichts anderes angesehen wissen will, als eine Anregung, deren weitere Verfolgung das Zusammenwirken der Vertreter der öffentlichen Verwaltung in den bedeutendsten Kulturstaaten bedingt.

Mitteilungen.

— **Emaillierte eiserne Kochtöpfe und Blinddarmentzündung.** In einer militärischen Erziehungsanstalt war die Verpflegung einem Ökonomen übertragen worden. Das tägliche Mittagessen bestand aus Suppe, Braten und Gemüse. Von 110 Zöglingen erkrankten Ende Januar fünf an Blinddarmentzündung. Der zuerst erkrankte Zögling wurde an Ort und Stelle operiert und starb. Von den vier andern wurden zwei nach Berlin und zwei nach Breslau transportiert und dort operiert; diese vier genasen. Ein Zögling fand in seinem Gemüse einen Emaillesplitter, den er seinem Vorgesetzten zeigte. Der Vater eines der operierten Zöglinge bat um Recherchen bezüglich der schadhaften Kochtöpfe, wurde aber abgewiesen, da diese Bitte als Mißtrauensvotum angesehen wurde.

Zu dieser traurigen Affäre bemerke ich, daß die Blinddarmentzündungen überhaupt erst zugenommen haben, seitdem die leicht splitternden emaillierten Eisengeschirre eingeführt worden sind. Früher kamen solche Erkrankungen nur sehr selten vor, nach reichlichem Genuß von Stachelbeeren, Johannisbeeren, Schrotbrot, kurz, nach dem Genuß von solchen Nahrungsmitteln, die an harten Schalen, kleinen Kernen, Zellulosesplittern u. dergl. reich sind. Jetzt, wo der Genuß von Emaillesplittern hinzukommt, ist die Blinddarmentzündung etwas Alltägliches geworden.

Ich bezwecke mit dieser Mitteilung, die praktischen Ärzte zu veranlassen, daß sie bei jedem solchen Erkrankungsfalle die Kochtöpfe, namentlich die Gemüsekochtöpfe revidieren! Jedenfalls rate ich zur allgemeinen Einführung von Aluminiumkochgeschirren, denn Vorsicht ist der Weisheit Mutter.

San.-Rat Dr. Winckler, Bad Nenndorf.

Referate.

— Dexler, Beiträge zur Psychologie der Haussäuger. Deutsche Tierärztliche Wochenschrift, Nr. 20, 22, 1908. Ref. von Näcke.

Diese bedeutende Arbeit, die berufen erscheint, endgültig mit der vulgären Tierpsychologie zu brechen, verdient es, hier eingehender besprochen zu werden. Die alten Tierpsychologen (Brehm, Romanes, auch Darwin etc.) arbeiteten mit mehr oder weniger phantastischen Anthropomorphismen, und auch Forel hat sich ihrer öfter schuldig gemacht, wie Verf. nachweist. Sogar der große Wundt ist nicht ganz davon freizusprechen. Die neuere Psychologie (Clarapède, Morgan, Ziegler, v. der Strassen etc.) geht möglichst voraussetzungslos an die Arbeit und unternimmt Experimente aller Art. Die vorhandenen Beobachtungen und Anekdoten sind meist ungenügend und vor allem verstehen, wie Ref. bemerkt, Zoologen, Jäger, Tierliebhaber, Tierzüchter etc. im allgemeinen nichts von der wissenschaftlichen Psychologie; ihre Beobachtungen können richtig sein, aber ihre Deutungen sind falsch! Verf. stellt den eigentlich selbstverständlichen Satz, daß man nie ganz in die Tierpsyche eindringen und ihr nur durch Experimente, Analogieschlüsse etc. mehr oder weniger näher kommen kann, voraus. Ferner muß man von zwei Erklärungshypothesen der einfacheren stets den Vorzug geben. „Wir dürfen keine Handlung als im Grade der psychologischen Entwicklungsreihe höher stehend erachten, die auch durch einfachere psychische Leistung erklärbar erscheint." Nehmen wir gleich hier endlich den Schluß der Arbeit vorweg. „Wir dürfen", sagt Verf. mit vollem Recht, „bis zum Beweise des Gegenteils dabei beharren, daß die tierische Psyche keine Reflexionen über Empfundenes und Vorgestelltes, also kein wirkliches Denken, keine mit dem Ichbegriffe operierende Bewußtseinstätigkeit, kein Selbst- und Zweckbewußtsein aufbringen kann, und daß ihr die höheren Stufen psychischen Geschehens, das intellektuelle Erkennen und ein, wenn auch von Trieben unterlegtes, doch intellektuell gelenktes Wollen vollständig abgeht. Es gibt keine das ganze Tierreich umfassende psychische Kontinuität."

Das alles belegt Verf. durch sehr viel Beispiele, meist aus eigener Erfahrung, und erweist sich hierbei nicht nur als feiner Beobachter, sondern auch als wahrhafter Psycholog. Auch wo Akte der Überlegung da zu sein erscheinen, handelt es sich doch bei näherer Analyse meist nur um Instinkthandlungen. Das „edle" Pferd ist eins der dümmsten Tiere, auch der Hund und Affe werden weit überschätzt. Die meisten tierischen Bewegungen basieren nach Verf. zweifellos nur auf vererbten Instinkten, verbunden mit Assoziationsvorgängen verschiedener Art. Ausgenommen die Spürhunde haben die meisten Hunderassen keineswegs eine sehr feine Witterung. Das Pferd hat keine Empfindung für Rhythmus. Der Schmerz wird von den Tieren nicht stark empfunden,

ihre Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit außerhalb des Trieblebens ist sehr gering; sie sind eindrucksflüchtig. Eine eigentliche Apperzeption gibt es wohl nicht, auch nicht bei Affen. Die Gefühlserregungen sind lebhaft, aber flüchtig und nicht tief. Sie haben wohl Neugier, Spiel- und Nachahmungstrieb, aber auch das bereichert das Vorstellungsleben nur wenig. Konkrete Erinnerungsbilder muß man annehmen, aber ein Selbstbewußtsein, ein Urteilen nicht. Das Wollen ist nur den Trieben untergeordnet, nie hat das Tier Einsicht in einen Zweck. „Es nimmt nur die jeweils stärksten Reize wahr, ohne Rücksicht auf den inneren Zusammenhang der Dinge . ." Es kommt nicht zu logischen Überlegungen. Der Adler, die Katze sind nicht grausam; die Mutterliebe ist keine eigentliche Liebe, nur Trieb, wie Verf. schön aufzeigt. Die Instinkte ändern sich nur wenig und nicht dauernd. Das Tier hat nichts geschaffen. Ihre Staaten etc. sind nur Triebhandlungen. Die Tiere können weder fälschen noch simulieren. Tieferes Empfinden geht ihnen ab und Fälle von Tod bei Verlust der Herren gehören ins Bereich der Fabel, soweit es die Deutung betrifft. Der Gedanke an Tod existiert sicher nicht. Auch das sogen. Verstehen der Worte ist meist anders zu deuten. Kurz, der Leser wird sich durch die Lektüre dieser bedeutenden Arbeit überzeugen, wieviel er selbst umzulernen hat. Nur der Experimentalweg, wie ihn Clarapède, Ziegler, Morgan und das einzig dastehende tierpsychologische Institut und do. Verein in Paris beschreiten, kann uns die Tierpsychologie näher bringen, nie aber die anderen oberflächlichen Beobachter.

— Dexler: Über das Vorkommen von Psychosen bei den Säugetieren. Prager Med. Wochenschrift, 1908, Nr. 21. Ref. von Näcke.

Hatte Verf. in einer früheren, großen Arbeit über Tierpsychologie nachgewiesen, daß das Seelenleben auch der höchsten Tiere als wesentlich instinktiv, mit keiner individuellen Vernunft oder Intelligenz begabt hingestellt werden muß, die Psyche also eine höchst rudimentäre ist, so kann es sich bei ihnen wohl nie um eigentliche (funktionelle) Psychosen handeln, sondern nur um psychotische (sekundäre) Symptome, wie dies auch Ref. schon wiederholt betont hat. „Ein Tier kann Sinnestäuschungen haben, es kann halluzinieren oder auch delirant unorientiert sein, nicht aber zu einer halluzinatorischen Wahnidee gelangen. Es kann tief traurig werden, nicht aber eine die Melancholie einschließende Denkhemmung haben!" (Und auch dann möchte Ref. nicht von einer eigenen „Traurigkeit" reden!) Ein wild erregtes Tier darf man ebensowenig maniakalisch nennen, wie ein Pferd mit Dummkoller paranoisch, da von progredienten Wahnideen keine Rede ist. (Ja, sogar bloßer Wahn wird sich wohl nie feststellen lassen! Ref.) Die postepileptischen Zustände beim Hunde sind nur Verblödungen. Was als Psychosen imponiert, sind nur symptomatische Zustände (auch so die Epilepsie, Hysterie der Tiere etc. Ref.), keine primären. Und bei Menagerie- und Haussäugern sind selbst psychotische Störungen sehr selten und nur sekundär nach Meningitiden, Hydrozephalus, gewissen Hirnparasiten, Lyssa, Staupe, Dourine. Meist erscheint zu gleicher Zeit ein allgemeiner Stupor. Verf. gibt dann eine kurze Geschichte der Tierpsychiatrie. Im allgemeinen kennt man in der Literatur tierische Psychosen wenig oder gar nicht; „. . . echte Psychosen, rein funktionelle Hirnerkrankungen bei Tieren (sind) noch nicht erwiesen." Auf diesem Gebiete ist aber so gut wie noch alles zu machen. Jedenfalls ist es, wie Ref. oft gesagt hat, verfrüht, jetzt schon von Psychosen bei Tieren zu reden, oder gar von „moral insanity" etc., wie einige wollen. (Verf. will später auch über die Therapie dieser Zustände schreiben.)

— Rapport sur les Désastres produits par l'Alcoolisme (Criminalité, Aliénation mentale, Dégénérescence) par le Dr. Jul. Morel, Médécin-Directeur de l'Asile d'aliénés de l'Etat à Mons. Bruxelles. Secrétariat général du Congrès. 1907.

Sehr lesenswerte Abhandlung über die Schädigungen, die der Alkohol hervorbringt. Besonders sei auf die interessante Zusammenstellung der Lebensgeschichten von 47 Rückfallsverbrechern hingewiesen.

Verf. ist ferner der nicht genug zu unterstützenden Meinung, daß an jeder größeren Gefangenenanstalt als Arzt ein Psychiater tätig sein müsse.

Er hofft ferner, daß eine genaue wissenschaftliche psychische Exploration der Rückfallsverbrecher notwendigerweise eine Reform des Strafgesetzbuches im Gefolge haben müsse.

Den Schluß bildet ein Literaturauszug über den Einfluß des Alkohols auf die Fortpflanzungsorgane, deren Folge die Degeneration der Frucht ist.

Heinicke-Waldheim.

— Sante de Sanctis: Relazione annuale sugli Asili-Sacole per fanciulli anormali e deficienti poveri 1907—08. Roma 1908.

Jahresbericht des verdienstvollen Leiters einer Hilfsschule für anormale und schwachsinnige Kinder von Armen in Rom, die de Sanctis schon seit zehn Jahren unter sich hat. Näcke.

— Volz: Das Foramen „interventriculare" (Monroi). Tübingen, Laupp 1907.

Das for. Monroi primitivum liegt innerhalb der Ventrikel und verschwindet ganz. Das for. Monroi definitivum dagegen liegt außerhalb der Ventrikel und ist also kein for. interventricul. mehr. Das for. primitivum hatte auch einen doppelten Chorioidealplexus, der aber verschwindet. Näcke.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. **Nr. 47. 1909.**

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Prof. Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Direktor Dr. **Beyer**, Roderbirken bei Leichlingen. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Oberarzt Dr. **Deiters**, Grafenberg. Staatsinspektor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof. Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Oberarzt Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin). Med.-Rat Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden). Hofrat Dr. **Friedländer**, Hohemark. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Berlin. Direktor Dr. **Herting**, Galkhausen (Rheinland). Oberarzt Dr. **Ilberg**, Großschweidnitz (Sachsen). Direktor Dr. **Kluge**, Potsdam. Med.-Rat Dr. **Kreuser**, Winnenthal (Württemberg). Direktor Dr. **Lehmann**, Lindenhof. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Gand (Belgien). Direktor Dr. **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr. **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Wien. Prof. Dr. **Ernst Schultze**, Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Direktor Dr. **Vocke**, Eglfing bei München. Prof. Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Hamburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Lublinitz (Schlesien).

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.
Inseratenannahme für Österreich-Ungarn **S. Taussik**, Annonc.-Exped., Wien II/2, Laufbergergasse 4.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

An der Provinzial Heil- und Pflegeanstalt zu Lüben (Bezirk Liegnitz) ist alsbald die Stelle eines unverheirateten

Assistenzarztes

zu besetzen. Das Gehalt steigt innerhalb dreier Jahre von 1800 auf 2000 M. bei völlig freier Station 1. Klasse. Bei Bewährung erfolgt mit Beginn des 4. Dienstjahres lebenslängliche Anstellung als Abteilungs- bezw. Oberarzt mit einem voraussichtlichen Anfangsbargehalte von jährlich 3000 M., welches von drei zu drei Jahren um 600 M. bis auf 6600 steigt neben freier, evtl. Familien-Wohnung und freier Beheizung. Unverheiratete Abteilungsärzte erhalten volle Beköstigung 1. Klasse zum Selbstkostenpreise. Psychiatrische Vorbildung für neu eintretende Assistenzärzte nicht erforderlich. Anrechnung in anderweitigem Anstalts-Dienste zugebrachter Dienstzeit zulässig. Meld. mit den üblichen Unterlagen nimmt entgegen die **Anstaltsdirektion.**

Beschäftigungs-Therapie.

Gebildeter, vielseitiger Herr sucht Wirkungskreis an Sanatorium zur Erteilung von Unterweisung in Holzschnitzerei, Brennen, Malen, Metalltreiben etc. Kapitalbeteiligung mögl. Offerten unter M. T. 7248 an die Exped. des Blattes.

Suche zum 1. 4. für meine Privatirrenanstalt (48 Betten) ledigen

Assistenten

bezw. **II. Arzt** m. psychiatr. Vorbildung. Anfangsgeh. 250—300 M. monatl. u. freie Station. Evt. Lebensstellung. Bewerb. mit Lebenslauf, Bild und Zeugnissen unter Chiffre **B. H. 3315 an Rudolf Mosse, Breslau I.**

An der Heilanstalt Dösen (Leipzig) ist die Stelle eines

Arztes

zu besetzen, der im ersten Jahre 1800 M. nebst freier Station, dann 2100 M. bezieht und bei Bewährung nach 3 Jahren in eine ständige Stelle aufrückt mit einem Gehalte von 3600 M. neben freier Familienwohnung, Heizung u. Beleuchtung, steigend alle 2 Jahre um 400 M. bis 7200 M. Bewerber werden gebeten, kurzen Lebenslauf, Approbationsschein und etwaige Zeugnisse zu senden an den Anstaltsdirektor **Obermedizinalrat Dr. Lehmann.**

Fortsetzung der Stellenangebote u. -gesuche a. d. 3. u. 4. Umschlagseite.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Inseratenannahme für Österreich-Ungarn: S. Taussik, Annoncen-Exped., Wien II/2, Laufbergergasse 4.

Nr 47. 13. Februar 1909

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Inhalt:

Pathographie und kritisches Denken.

Von Dr. *A. Bilharz*, Geh. San.-Rat.

Neuerdings ist eine historisch-biographische Wissenschaft entstanden, die sich großer Beachtung erfreut und, da sie mit der Geschichtsforschung die strenge Sachlichkeit der exakten Naturwissenschaft verbindet, auch zu verdienen scheint, die Pathographie. Ihre Eigentümlichkeit besteht in einer Umwertung von Werten, die in der Geschichte längst festgestellt zu sein schienen, und ihre Objekte sind Heroen des Geistes, denen die Menschheit die größten Leistungen und Errungenschaften in Kunst und Wissenschaft verdankt, deren Leben in der Erweiterung ihres wertvollsten Besitzes an geistigen Gütern aufging — kurz, geniale Naturen. Tatsächlich läuft bei diesen geschichtlichen Untersuchungen das Ergebnis immer darauf hinaus, an den bisher als wesentlich intakt anerkannten Größen einen pathologischen Zug nachzuweisen, daher der Name.

Die pathologische Psychologie oder die Psychiatrie darf an dieser Erscheinung der wissenschaftlichen Literatur nicht vorübergehen, da die krankhaften Züge eben hauptsächlich in ihr Gebiet einschlagen, und jedenfalls der Schein entstanden ist, als gehörten gewisse seelische Defekte wesentlich zum Begriff der genialen Natur, wie dies besonders in den sehr sorgfältigen biographischen Arbeiten des unlängst verstorbenen J. P. Möbius bewiesen werden zu sollen schien.

Wir wissen nicht, ob auch bei anderen Nationen irgendwie umfängliche Beiträge zu dieser neuen Wissenschaft, wie bei uns, geliefert worden sind. Es ist schließlich Geschmacksache, sich vorzugsweise mit den Nachtseiten der menschlichen Gesellschaft zu beschäftigen. Die medizinische Forschung darf vor nichts zurückschrecken, falls sie der Wissenschaft und Wahrheit dienen soll. Im ganzen aber ist diese Richtung unerfreulich; denn sie heftet sich an die erklärten Lieblinge der Menschheit, an die hohen Beispiele von Menschen, an denen wir bisher unseren Lebensmut aufzurichten gewohnt waren, und denen wir sicherlich die wertvollsten Gemütserhebungen verdanken.

Keine geringere Autorität als der Göttinger Kliniker Wilhelm Ebstein, dem die Geschichte der Medizin bereits eine ganze Reihe trefflicher Monographien über berühmte Männer verdankt, hat sich gegen diese Art der Geschichtsschreibung erhoben; so in einer Schrift über Schopenhauer gegen den Pathographen Iwan Bloch mit, wie ich glaube, durchschlagendem Erfolg; so besonders auch in dem vor kurzem erschienenen Schriftchen über Luther. Man fühlt sich ordentlich von einer seelischen Last befreit, und es ist ein Vergnügen zu sehen, wie unter dem besonnenen und umsichtigen Vorgehen reiner Sachlichkeit das Bild der ganzen Persönlichkeit des großen Reformators in aller Schärfe und lebensvoller Ganzheit sich aufbaut. Der Vorwurf der Verrücktheit (Schön, Luther psychiatrisch betrachtet. Wien, 1873) oder des schließlichen Selbstmords kann da gar nicht mehr in Frage kommen.

Natürlich kann, wie jeder andere Mensch, von geistiger Umnachtung auch das Genie befallen werden. Es wird nicht bezweifelt, daß der in seiner Jugend von Gesundheit strotzende Nietzsche (vergl. die Berichte seiner Schwester) einer geistigen Entartung erlegen ist, die ihre Anfänge ziemlich weit zurück erstreckte.*) Daß Rousseau in späteren Jahren an

*) Es ist kein Ruhm für den deutschen Buchhandel, daß die nachgelassene Schrift Nietzsches „Ecce homo" den Weg zur Presse gefunden hat, und das Publikum mit einem Machwerk behelligt wird, das die Merkmale des manischen Elatonismus so deutlich an der Stirne trägt.

Verfolgungswahnideen litt, wird dadurch bestätigt, daß Humes Interesse, der ihn so freundlich in England aufgenommen hatte, sehr bald erlosch, sowie er seinen Zustand bemerkte. Kant äußerte sich schon im Jahre 1794, daß er sich selbst nicht mehr recht verstehe, was doch (in seinem 70. Lebensjahr) eine vorgeschobene Involution bedeutet. Wogegen wir uns allein wehren wollen, das ist die Insinuation, als ob zwischen Genie und Entartung eine Wesensverwandtschaft bestehe, als ob nicht gerade das höchste Maß geistiger Gesundheit dazu gehöre, die Höhen der Menschheit zu erklimmen, als ob ein wenig Verrücktheit für die geniale Leistung so notwendig sei, wie Alkohol für den Wein und Gift und Teufel für jeden Genuß.

Ohne Zweifel ist Lombroso der Vater der Pathographie. Sein in der Erfahrung als Vererbung sich reichlich bestätigender Gedanke, daß Willenshandlungen von Vorfahren bei Häufung gleicher Art im Nachkommen ins Zuständliche übergehen können, somatisch gesprochen, zur konstanten Faserlage des Gehirns werden, Willensentscheidungen auf diese Weise im gegebenen Augenblick der Willensfreiheit entrückt sein können: der richtige Gedanke, der den „reo nato“ entstehen ließ, ist zur Grundlage auch der Pathographie geworden. Das Abnorme ist beim reo nato wie beim Genie gleich hervortretend: bei ersterem ist es atavistisch begründete Wesenheit; aber auch beim Genie ist das atavistische Moment unverkennbar. Zur Vollendung der Proportion fehlt also nur noch, das Abnorme als krankhaft zu fassen, was die Pathographie eben zu tun gewillt ist. Es wird aber bei dieser vergleichenden Zusammenstellung der entscheidende Punkt vergessen: daß beim reo nato ein angeborener Schwachsinn in Hinsicht auf abstrakte Vernunftmotive wesentlich ist und niemals fehlt, während doch kein Zweifel ist, daß das Genie durch ein abnormes, übersteigendes Höhenmaß der Intelligenz in jeder Hinsicht, sowohl der Vernunft als des Verstandes, ausgezeichnet ist. Hier besteht also ein völliger Gegensatz, der auf einen gleichen Gegensatz in atavistischer Richtung verweist. In der Tat zeigt uns die Erfahrung durchaus, daß nur auf einem atavistisch lang vorbereiteten Boden sittlicher und intellektueller Integrität, also höchster, seelischer Gesundheit, durch Gunst des Schicksals und das Zusammentreffen zweier Wellenberge die Hochflut von Intelligenz und Fülle der Gemütsanlage entstehen kann, die wir Genie nennen.

Es ist zwar wohl zu verstehen, daß das Gebaren genialer Naturen manchem bisweilen seltsam, unverständlich, phantastisch und ungereimt erscheinen mag. Eine ungeheure Rezeptivität ist hier den Stürmen der Welt preisgegeben, und der wundervoll verwickelte Organismus, wo ein Schlag tausend Verbindungen trifft, mag oft mit einem Mißklang antworten. Aber die Art, Seelenerscheinungsformen ohne weiteres dem Zuständlichen zu überweisen, läßt doch in der Tiefe der Weltanschauung den monistischen Grundirrtum erkennen, der heute die allgemeine Anerkennung in der wissenschaftlichen Welt sich erringen will.

Hier tritt nun diese Weltanschauung in den schärfsten Gegensatz zur kritischen Philosophie: Monismus ist ganz und gar unkritisch. Kantisches Denken läuft überall auf Dualismus, auf Gegensätzlichkeit, auf ein Bürgertum zweier Welten hinaus. Seele ist nicht, wie die Monisten sagen, und worin Positivisten, Aktualisten und Energetiker ihnen Gefolgschaft leisten, gleich der Summe ihrer Eigenschaften (Erscheinungsformen, als Willens- und Denkakten), sondern etwas ganz anderes und weit mehr: Seele ist Seinsinhalt; $1 + 1$ ist nicht $= 1 + 1$, sondern weit mehr und etwas ganz anderes, nämlich gleich Zwei!*)

Darüber aber darf die Welt nicht in Zweifel gelassen werden, daß keine Weltanschauung an der kritischen Philosophie vorbeigehen darf; denn „kritisch“ heißt geradezu „wissenschaftlich“. Demgemäß bleibt nichts anderes übrig, als den Monismus als Weltanschauung für unwissenschaftlich und dogmatisch zu erklären. Er steht mit dem gewöhnlichen Dualismus des Spiritualismus auf derselben Stufe, da beide Weltanschauungen auf demselben Fehler einer Petitio principii beruhen, nämlich das als gegeben zu betrachten, was das Problem ausmacht. Beide bewegen sich im Reich der Integrale, während Wissenschaft ein System aus Abstraktionen oder Differentialbegriffen**) ist.

Mit dem dogmatischen Dualismus hat der kritische keine Verwandtschaft. Wie der Begründer der Gewißheitsphilosophie, Descartes, gelangte Kant auf das Denken, als das uns allererst Gegebene. Während aber Descartes mit dem Satz „cogito ergo sum“, mit dem er die Frage „quid denique certum?“ be-

*) Hier läßt sich der beste Einblick in Kants Synthesis a priori gewinnen.

**) Darf man die konkrete Vorstellung Integralbegriff nennen, so verlangt der Fortgang der Wissenschaft, der in der strengen Anwendung reiner Gegensätze besteht, daß die Abstrakta Differentialbegriffe genannt werden. Dies beruht hier auf ihrem Bildungsgesetz selbst: auch in der Mathematik, wie in der Erkenntnistheorie, wird dem Integral durch den analytischen Prozeß der Differentiation jedesmal etwas (eine Dimension) entzogen.

antwortete, natürlich nichts Neues fand, da er nur ein analytisches Urteil enthielt, fand Kant im äußersten Winkel seiner Vernunft Begriffe oder Denkformen, die nicht aus der Erfahrung stammen konnten, vielmehr eine solche erst möglich machten, also in der Vernunft selbst ihre Geburtsstätte haben mußten, und die ihn nunmehr befähigten, jene, allen Fortgang wahrer Wissenschaft hindernde, Petitio principii zu vermeiden.

Zum ersten Male gelangte hier reine Wissenschaft in die Philosophie; seit Kant ist Philosophie Wissenschaft geworden. Ohne Zweifel wird die kritische Philosophie, wenn sie Allgemeingut geworden sein wird, das Antlitz der Erde ebenso bestimmend verändern, wie dies durch die Geburt der Philosophie überhaupt (Thales von Milet) in der Begründung der occidentalischen Weltanschauung geschehen ist. Wie gelangte Kant zu seiner folgenschweren Entdeckung?

Descartes' Gewißheitsfrage hatte jenseits des Kanals Locke zu seinen gründlichen Untersuchungen über den menschlichen Verstand den Anstoß gegeben und in Hume die grandiose Absage an die Vernunft erfahren. Eben diese fiel dem an mathematisches Denken gewöhnten Kant schwer auf sein wissenschaftliches Gewissen: Was begründet denn den Unterschied der Gewißheit in mathematischer und sinnlich empirischer Erkenntnis? Die Dissertation vom Jahr 1770 gibt uns Aufschluß über die recht eigentlich am Wendepunkt zweier Zeitalter stehende Entdeckung, mit der an Wert keine andere zu vergleichen ist. Dadurch, daß Kant den Raum dem Objekt hinwegnahm und ihn als eine subjektive Denkform auffaßte (ein Unternehmen, das ihm bis auf den heutigen Tag noch nicht verziehen worden ist), schloß sich der Kreis einer Anzahl von Vernunftbegriffen, die vorhanden sein müssen, um Erfahrung allererst möglich zu machen, und die er fortan als transzendentale, als ursprünglichen Vernunftbesitz den durch Erfahrung gewonnenen (empirischen) Begriffen gegenüberstellte.

Diese Entdeckung war indessen nur das Fußgestell für eine noch folgenschwerere, deren Darlegung in der „Kritik der reinen Vernunft" enthalten ist. Ihre Schwierigkeit und die Schwere des Nachdenkens, die sie Kant gekostet hat, spiegelt sich wieder in der Mühe, die es dem Leser bereitet, dieses Buch zu bewältigen und den größten Schatz der Menschheit für sich zu heben.

Wie ein guter Diamantschleifer, der einen großen Diamanten teilen soll, nicht mit dem Hammer aufs Geratewohl darauf losklopft, wie die Dogmatiker tun, sondern seine Teilungsschneide dort ansetzt, wo die natürlichen Kristallflächenrichtungen gelegen sind, so fand Kant, nicht aus dem erfahrungsmäßig Gegebenen, sondern aus dem Denken heraus, den wissenschaftlich streng zu rechtfertigenden, d. h. enantialen Dualismus von Form und Inhalt.

Unser Erkennen ist durchaus formaler Natur und nur auf Formen eingerichtet; daher ist alles, was wir sowohl vom Objekt als vom eigenen Subjekt wissen, nur Erscheinung oder (vom Subjekt aus gerechnet) Vorstellung. Daher ist der Seinsinhalt für unser formales Erkennen in der Tat transszendent, und daher nannte Kant sowohl das hinter den Sinnendingen (Erscheinungen, Vorstellungen) gelegene, als auch das dem eigenen Bewußtsein vorgelegene, also vorbewußte Sein „Ding an sich".

Die höchste Stufe erreichte Kants analytische Kraft und durchdringender Scharfsinn darin, daß er eben dieselbe enantiale Scheidelinie innerhalb der äußersten und letzten (transzendentalen) Stammbegriffe der Vernunft selbst auffand und demgemäß die transzendentale Ästhetik der transzendentalen Analytik oder Logik entgegensetzte.

Die Bedeutung dieser Entgegensetzung wird erst dann in vollem Maße eingesehen, wenn man die letzten Stammbegriffe überhaupt Kategorien, die zwei Begriffe der Ästhetik, Raum und Zeit, demnach Formalkategorien und den Begriff der Quantität oder Größe Inhaltskategorie nennt.

Hier liegt nun die Entscheidungsfrage zwischen Philosophie und Naturwissenschaft. Der Rationalist und Ergründer der reinen Vernunft, Kant, brauchte nicht weiter zu fragen; für ihn waren die letzten Vernunftbegriffe die wirkliche Grenze aller Forschung. Für Naturwissenschaft liegt der Fall anders. Philosophie ist, wie Mathematik, reine Geisteswissenschaft. Beide arbeiten mit reinen Abstraktionsbegriffen oder, strenger und besser gesagt, Abstraktionskonstanten, die aus einem Differentiationsverfahren hervorgegangen sind. Naturwissenschaft aber hat die Integralwelt vor sich, zu deren Aufschließung sie der Differentialbegriffe wohl bedarf, jedoch mit dem Vorbehalt, daß der Seinsgehalt des Integrals vom Differential nie erschöpft werden könne. Aber auch die Philosophie hat ein Integral vor sich: Mathematik sucht ihre Anwendung in der physischen Welt; so sucht Philosophie ihre Anwendung in einem Gebiet, das man nicht besser als mit dem Wort Metaphysik bezeichnen kann, eine der Physik gegenüberstehende Erfahrungswissenschaft.

Naturforschung als Integralwissenschaft darf sich der Frage: woher stammen die als Endbegriffe der Vernunft vorgefundenen Transzendentalbegriffe? nicht entschlagen. Sie darf eine Entstehung aus Nichts nicht zulassen, so wenig wie dem Töpfer zugemutet wird, seine Schalen und Töpfe, Synthesen aus Inhalt und neuer Form, ohne den Tonklumpen zu gestalten. Diese Begriffe müssen, da sie vor aller objektiven Erfahrung vorhanden sind, notwendig von dem dem Bewußtsein vorgelegenen, also vorbewußten, eigenen, subjektiven Sein stammen.

An diesem Punkte fordert also der kritische Idealismus Kants eine Ergänzung durch einen Realismus der inneren Erfahrung (Seinsbeziehung aufs Bewußtsein). Wir werden natürlich nie erwarten dürfen, das unter dem zeitlich wechselnden Kleid der Erscheinung verborgene objektive Ding an sich zu Gesicht zu bekommen; der Seinsinhalt ist ja eben in die Erscheinungsformen aufgelöst; bei dem subjektiven Ding an sich, das wir selbst ausmachen, ist die Lage anders. Denken und Sein sind im Ich verbunden (Descartes); das aufs Bewußtsein bezogene eigene Sein grenzt, als vorbewußt, an das Bewußtsein an. Demnach ist der Transzendentalbegriff sozusagen das letzte Häutchen, mit dem (von der Bewußtseinsseite her gesehen) das vorbewußte Sein in das Bewußtsein des erkennenden Subjekts hineinragt.

Nun tritt die Entdeckung Kants in ihr volles Licht: die von ihm gefundene Spaltungsrichtung im Gebiet des Transzendentalen (zwischen Formal- und Inhaltskategorien) wird uns zur Führungslinie im Metaphysisch-Vorbewußten. Sind wir berechtigt, aus der Form unseres durch und durch formalen Erkennens auf eine Form im Vorbewußten zu schließen, so dämmert die Möglichkeit herauf, auch in den Sinn des Seinsinhaltes, des Dings an sich, einzudringen und so durch die Brücke der Gegensätzlichkeit eine wirkliche Wissenschaft der Metaphysik aufzubauen. Welche Disziplin wäre hieran mehr interessiert als die Psychiatrie?

Nahe 130 Jahre ists her, seit der Weise von Königsberg in der Kritik der reinen Vernunft der Welt den Spiegel der Wahrheit vorgehalten hat. Viele haben hineingesehen: nicht einer hat die verschleierte Schrift zu deuten vermocht, unter der Kant seine weltbewegende Entdeckung nur allein verdeutlichen konnte. Unverstanden ist er ins Grab gesunken, unverstanden ist das, was seine Bedeutung ausmacht, noch heute. Der beste Beweis hierfür liegt in dem alsbald erfolgten Abfall der Philosophie in den Panlogismus der sogen. Identitätsphilosophie und deren Auswüchse einerseits, andererseits in den wieder erwachenden Hylomonismus (Materialismus), der doch durch Kant ganz vernichtet zu sein schien. Das will sagen: In dem Rechnungsansatz der kritischen Philosophie ist ein Fehler enthalten. Unzählige haben Kant nachgerechnet, und die wenigen darunter, die seinem verwickelten Gedankengang folgen konnten, waren froh und stolz auf ihre Leistung (was sie mit Recht sein durften), wenn ihr Rechnungsergebnis mit dem ihres Meisters übereinstimmte. Den Fehler im Ansatz hat keiner gefunden. Der Fund wäre ja mit seiner Entfernung und Verbesserung identisch gewesen. Der Fehler aber (da so großen und scharfsinnigen Denkern logische Irrtümer nicht leicht vorgeworfen werden können) ist der des Rationalismus überhaupt, der ein großes Hysteronproteron ist, eine Verwechselung von Inhalt und Form, gerade an der Ursprungsstätte der Begriffsbildung, wo dieser enantiale Begriffsdualismus aus dem uns ursprünglich gegebenen Erfahrungsdualismus von Sein und Denken (Cartesius) zutage tritt. Da Denken (als in der Zeit ausgedehnt) Form ist, so ist Sein (das dem Denken Vorgelegene, Vorbewußte) als Vernunftbegriff mit „Inhalt" zu bezeichnen, und der Fehler des Rationalismus ist, überall Form (das Gedachte) an Stelle des Seinsinhaltes zu setzen.

Daher kommt es, daß, obwohl Kant in aller Munde ist, und jedermann ihn preist und bewundert, kritisches Denken doch nur in so geringem Maße in das Bewußtsein der Menschen eingedrungen ist, und ihrem Denken bisher gar keine Richtung gegeben hat.

Kritische Philosophie ist an Strenge der Mathematik ebenbürtig. Wie diese die physische Weltbetrachtung in Wissenschaft verwandelt, so erteilt kritisches Denken der Philosophie allererst den strengen Charakter einer demonstrierbaren Wissenschaft. Und wie einst das griechische Denken durch seine Philosophie über die barbarischen Völker den Sieg errang und occidentalische Weltanschauung wesentlich mit bestimmen half, so ist wiederum das kritische Denken imstande, die Menschheit auf eine höhere Stufe der Einsicht und damit der Gesittung zu erheben. Grund genug für die Naturforschung, die größte Errungenschaft des deutschen Geistes, die kritische Philosophie, fürderhin nicht brach liegen zu lassen!

Mitteilungen.

— **Gehaltsregulierung der Anstaltsärzte in Oberbayern.** Der oberbayerische Landrat hat bei seiner jüngsten Tagung im vergangenen Dezember die Gehälter der Anstaltsärzte in munifizenter Weise in Anlehnung an das neue Gehaltsregulativ der bayr. Beamten geregelt und seine Beschlüsse haben nunmehr die Allerhöchste Genehmigung erhalten.

Junge Assistenzärzte werden vom Anstaltsdirektor (mit Genehmigung der vorgesetzten Behörden) auf Kündigung engagiert mit einem Funktionsbezug, der je nach Ermessen auf 2400 bis 3000 M. festgesetzt werden kann; außerdem wird gegen Bezahlung der Verköstigung mit 56 M. 40 Pf. pro Monat freie Station I. Kl. gewährt.

Nach zwei Probejahren werden Ärzte, die sich zum Anstaltsdienste eignen, mit Beamteneigenschaft angestellt und erlangen damit nach drei weiteren Jahren die Unwiderruflichkeit. Ihr Gehalt bemißt sich nach Klasse 12 des Gehaltsregulativs, dazu kommen die üblichen freien, aber nicht pensionsfähigen Nebenbezüge (Wohnung, Heizung, Licht, Garten). Bei der Einreihung in Klasse 12 wird ein Probejahr angerechnet, so daß die erste Gehaltsvorrückung schon nach zwei Jahren erreicht wird. Gehalt in Klasse 12: 3000 bis 6000 M., Zulagen dreijährig, sechsmal à 500 M.

Kann einem Arzt keine Familienwohnung gewährt werden, so erhält er einen entsprechenden Wohnungsgeldzuschuß. Ärzte, die keinen eigenen Haushalt haben, dürfen sich in der Anstalt verköstigen (Kost I. Klasse gegen 56,40 M. monatlich).

Anstaltsärzte mit gehobenem Gehalt: In Eglfing wird drei, in Gabersee zwei Anstaltsärzten das Gehalt nach Klasse 9 gewährt: 4300 bis 7200 M.; Zulagen dreijährig, 4 à 500, 1 à 400 M.

Oberärzte: Gehalt nach Klasse 8: 5400 bis 7800 M.; Zulagen dreijährig, 4 à 500, 1 à 400 M.

Direktoren: Direktor in Gabersee Klasse 6: 7200 bis 9600 M., Zulagen dreijährig 4 à 500, 1 à 400 M.; Direktor in Eglfing (über 1150 Kranke): 8400 bis 11400 M., Zulagen dreijährig 5 à 600 M.

Die sich hieraus gegenüber dem bisherigen Regulativ ergebenden Gehaltsmehrungen betragen für die Anstalt Eglfing im Etatsjahr 1909 bei 1 Direktor, 2 Oberärzten und 7 Abteilungsärzten 13818 M., was einer durchschnittlichen Gehaltserhöhung um 36,9% entspricht. V.

— **Aus Russland.** Todesfälle im Jahre 1908: Prof. J. Merjejewski, gew. Professor der Psychiatrie und Neuropathologie in der medizinischen Akademie in St. Petersburg. Prof. N. Popoff, Professor in Tomsk. Dr. L. Ragosine, gew. Direktor der Bezirksirrenanstalt in Kazan, später Direktor der Medizinischen Abteilung (Departement) des Ministeriums des Innern. Priv.-Dozent B. Tomaschewski, Oberarzt der städtischen Irrenanstalt St. Nikolas in St. Petersburg. Dr. P. Goroschkow, gew. Hauptarzt der Gouvernements-Irrenanstalt in Pskow.

Das Statut des „Russischen Vereins der Psychiater und Neuropathologen" ist bestätigt.

Am Ende des Jahres wird in St. Petersburg die III. Versammlung der russischen Irrenärzte stattfinden.

Referate.

— Gerhart Hauptmann vor dem Forum der Kriminalpsychologie und Psychiatrie, von Dr. Erich Wulffen, Staatsanwalt in Dresden. (Alf. Langeworts, Verlag.)

Wulffen nennt seine Analysen Gerhart Hauptmannscher Schöpfungen vom Standpunkte der Kriminalpsychologie und Psychiatrie, naturwissenschaftliche Studien. Den Grund hierfür bringt uns schon die wie aus prachtvollen Quadern aufgebaute, geradezu monumental wirkende Einleitung zu seinem Werke, das nach meiner Überzeugung nicht nur berufen ist, eine ganz neue, zum ersten Male in das Herz der Dinge, um die es sich handelt, führende Auffassung Hauptmannscher Gestalten zu bringen, sondern das auch die starke Kraft in sich trägt, der Psychologie bisher wenig betretene Wege zu bahnen, die weite Ausblicke und überraschende Einsichten gewähren. Auch für Wulffen ist die Quelle seiner Forschung „die große, unendliche Naturwissenschaft mit ihren wunderbaren Ergebnissen". Die moderne Wissenschaft wird ihm zur Interpretin der Künste, das Kunstwerk erschließt sich der naturwissenschaftlichen Betrachtung. Jede einzelne Kunstart sieht ihrer besonderen naturwissenschaftlichen Analyse entgegen. Ist es nicht, als hörten wir den vielgeschmähten und doch so wenig verstandenen Ernst Haeckel reden, wenn Wulffen sagt: „Die Philosophie, unter Einschluß von Ethik und Soziologie, steht auf dem Boden der Naturwissenschaften. Naturwissenschaft in höchster Bedeutung ist Philosophie." In feinsinniger, verständnisvoller, ja kongenialer Weise ist Wulffen Hauptmanns Dichterschau nachgegangen, hat die Probleme, welche Hauptmann aus dem Kriminellen und Pathologischen schöpfte und mit der ganzen Kraft seines Genius vergegenständlichte, in ihrer Schwere und vielseitigen Bedeutsamkeit aus der Hülle und Umkleidung des Kunstwerkes in das klare und erhellende Blickfeld des Erkennens und Begreifens gerückt. Schon die erste Studie über Hauptmanns „Vor Sonnenaufgang" ist Wulffen wundervoll gelungen. Wie unverstanden blieb dieses Erstlingswerk Hauptmanns. Nun ist uns das rechte Verständnis aufgegangen. Wulffen hat mit seiner Darstellung der Psychologie des Abstinenten an der Hand der Hauptmannschen Schöpfung ein Meisterstück der Analyse gegeben. Wir haben hier eine Leistung des großen Dichters und seines ihm kongenialen, nachschaffenden Kritikers, welcher in der ganzen einschlägigen Literatur nichts Ebenbürtiges an die Seite gestellt werden kann. Die Gegner der Abstinenz erfahren durch Wulffen eine Niederlage. Auch für Wulffen ist das Problem der Alkoholfrage nicht bloß eine medi-

zinisch-hygienische Frage, sondern eine solche der Weltanschauung, die auf naturwissenschaftlicher Grundlage ruht und im Evolutionsgedanken gipfelt. Die mäßigen Alkoholkonsumenten erzeugen den geistigen Zustand des Alkoholphilisters, der in tausend großen und kleinen Dingen allem geistigen Fortschritte verständnislos, gleichgültig, kleinlich, ja gehässig gegenübersteht. — Das ist mir alles aus der Seele geschrieben; seit Jahr und Tag habe ich in verschiedenen Aufsätzen die innige Zusammengehörigkeit von Abstinenz und Weltanschauung dargelegt und der altbewährten und vielseitig geübten Methode des Stillschweigens gegenüber nur bei wenigen Verständnis gefunden. Gerade die allgemeine mäßige Veralkoholisierung züchtet fort und fort die Philister und die Simpel, läßt das tiefe Genügen am Heute erstarken und erstickt das Verlangen nach dem Morgen. Die Weltanschauung eines sozialen Monismus muß den großen und weiten Hintergrund abgeben, wohin alle unsere Forderungen und Arbeiten hinzuweisen haben. So schrieb ich vor Jahren in einem Aufsatze über Weltanschauung und Abstinenz. Es ist mir eine reine Freude und tiefe Genugtuung, daß gerade Erich Wulffen erklärt, daß das Problem der Alkoholabstinenz nach wissenschaftlicher Erkenntnis eine Frage der Weltanschauung ist. — Auch in den weiteren Studien, die Wulffens Werk umfaßt, werden verschiedene Seiten der Alkoholfrage, natürlich immer an der Hand der kritischen Zergliederung Hauptmannscher Schöpfungen, zur Darstellung gebracht. Stets bewegt sich Wulffen dabei auf dem Boden naturwissenschaftlicher Anschauung. Vererbung und Anpassung, so weist er nachdrücklich darauf hin, bilden und stempeln die menschliche Individualität. Außer diesen beiden ist nichts wirksam im Himmel und auf Erden. Kein Wunder kann es sein bei einem Geiste von der Art Erich Wulffens, wenn sein Blick nachhaltig durchdringend auf dem wuchtigen sexuellen Probleme ruht. Man lese nur Wulffens Studie über Hauptmanns „Einsame Menschen". Hier führt uns der gedankenreiche, wahrhaft vornehme Kritiker in die ganze schlimme sexuelle Not und Bedrängnis unserer gärenden und vorwärts wollenden Zeit. Die normale Idealisierung des Geschlechtstypus gipfelt in der völligen Geistesgemeinschaft getrennter männlicher und weiblicher Individuen, sagt Wulffen, programmatisch in die Zukunft weisend. Das Recht der freien Liebe und Ehe — nicht der wilden Liebe und Ehe — wird als Naturgesetz anerkannt werden. Wir stehen mitten im Sonnenaufgange der sexuellen Ethik. Wie werden da nicht alle Zagen und Kleinmütigen von Wulffen abrücken, aber alle Freunde des Fortschrittes ihm zujubeln über die frohe Botschaft, daß es Tag werden will. — Die Studie über die Weber zeigt uns Wulffen als den gründlichen Kenner des sozialen Geschehens, als den Verkünder sozialen Mitleides und den werktätigen Bekämpfer wirtschaftlicher Übel. — In der Studie über Kollege Crampton weist Wulffen auf bisher noch unbekannt gebliebene Alkoholwirkungen mit einem geradezu erstaunlich feinen Verständnisse hin. Wulffen bekennt sich zu den Lehren Freuds. Im normalen Verhältnis des Vaters zu seiner heranwachsenden Tochter sind die sexuellen Energien, die vor Jahrtausenden sich hier unverhüllt geltend machten, verfeinert, sublimiert. Diese Sublimierung erweist sich auch heute noch in individuellen Fällen als eine weniger feine, als eine grobe. Hier liegen die Dispositionen zum Incest. Der Alkohol hebt diese Sublimierungen mehr oder weniger leicht auf. In einer wertvollen Arbeit in der Zeitschrift für Sexualwissenschaft, 1908, Heft 8: „Über die psychologischen Beziehungen zwischen Sexualität und Alkoholismus" — kommt Karl Abraham eingehend auf diese Dinge zu sprechen. In der Tat, wir erfahren hierdurch ganz neue Einblicke in die Wirkungen des Alkohols und in die Entstehung pathologischer Seelenzustände. An der Hand der Freudschen Lehren muß die Psyche des Alkoholikers neu durchforscht werden; wie auf den anderen Gebieten der Seelenstörungen werden wir auch hier dank der befruchtenden Forschungen Freuds zu vertieften Auffassungen des psychischen Geschehens gelangen. Wir müssen uns nur frei von Vorurteilen und losgelöst von den überlieferten Schulmeinungen den Tatsachen gegenüberstellen. Die von Freud aufgedeckten Mechanismen entriegeln uns eine bislang schwer verschlossene Pforte und geben uns den Weg zu neuen Problemen, zu neuen Erkenntnissen frei.

Sehr fein weist Wulffen ganz im Sinne Freuds bei der Analyse Cramptons auf die psychischen Entblößungen, auf den obszönen Witz in Parallelstellung zur körperlichen Entblößung hin, die im Exhibitionismus erscheint. — In Hanneles Himmelfahrt zeigt Wulffen, wie Hauptmann mit Hilfe der Pathologie die Geheimnisse von Hanneles unbewußtem psychischen Leben uns erschließt; der Fiebertraum und der normale Traum ist ihm mit Näcke das feinste Reagenz für die Art des sexuellen Empfindens. Treffend weist er auf die Verwandtschaft des religiösen Gefühles mit dem Gefühle der sexuellen Neigungen hin. Religiöser und sexueller Affektzustand können bei starken Intensitätsgraden einer für den anderen wechselweise eintreten, einer neben dem anderen auftauchen, einer in den anderen übergehen. Iwan Bloch sagt in seinem grandiosen Werke „Das Sexualleben unserer Zeit": „Religiöse und sexuelle Inbrunst decken sich, gehen ineinander über, steigern sich gegenseitig." — Ich füge hinzu: Diese Verlegungen und Transformationen vollziehen sich wohl fast durchweg in der Sphäre des Unterbewußten, aus dessen Kern und Tiefe das fort und fort treibende Wunschleben hervorquillt. Hauptmanns Hannele zeigt uns in dichterischer Gestaltung und doch geschöpft aus unübertrefflich feiner, wahrheitstreuer Beobachtung der Wirklichkeit, wie eine am Leben zerschellte Psyche in das wahnhaft-visionäre Gestalten und Bilden sich flüchtet, um das geheime Wünschen doch noch zu genießen und zu durchleben. Im Sinne Ludwig Feuerbachs ist der Wunsch die Triebkraft der Religion; er ist aber auch das Wesen der Sexualität, er stellt auch das Zentralfeuer gewisser psychischer Störungen dar. Die religiösen Gestaltungen stellen

nach Ludwig Feuerbach die unbewußten Vergegenständlichungen intimster Menschenwünsche dar. In den psychosexuellen Gebilden spiegeln sich die geheimsten unterbewußten Wünsche wieder. Die wahnhaften Schöpfungen sind unterbewußte Vergegenständlichungen aus dem Unterbewußten hervorbrechender Wünsche. Solange die letzteren an der Herrschaft bleiben und das Kommando führen, kann keine Korrektur der Wahngebilde eintreten, nicht weil eine Schwäche der Intelligenz vorliegt, sondern weil die Korrektur an der Macht der Wünsche, also an der Energie des Willens scheitern muß. Das Unterbewußte wünscht und will eben keine Korrektur, bis andere Wünsche die Oberhand gewinnen und ein Ausgleich stattfinden kann. Man darf nicht vergessen, daß der Wille, also der Wunsch, das Primäre, die Wurzel, der Intellekt das Sekundäre, die Krone darstellt. Der Wille hat nach Schopenhauer, nicht der Intellekt den Primat. Diese Bemerkungen nur nebenbei! — In der Studie über Michael Kramer kommt Wulffen auf das von Freud genial erfaßte Problem der Verdrängungen zu sprechen. Künstlerische und wissenschaftliche Leistungen können verdrängte, sublimierte Sexualität, ebenso auch verdrängte sublimierte Kriminalität sein. Es handelt sich um die Möglichkeit eines Transformismus der Energien, unter denen natürlich den sexuellen eine ganz besondere Bedeutung zukommt. Bestimmte Vorstellungen und Gefühle werden von einem anderen psychischen Komplexe verdrängt und von ihrer ursprünglichen Richtung auf andere Ziele abgelenkt. Das Michael Kramer-Problem gewinnt durch Wulffen mit Hilfe der Freudschen Lehren eine ganz neue Beleuchtung, neue Fragen werden gestellt, neue Antworten gegeben. — Auch in der versunkenen Glocke, mit deren Betrachtung Wulffen sein Werk beschließt, greift er unter gleichzeitigem Hinweise auf Goethes Faust zur Erklärung auf das Spiel und die Harmonie sexueller Energien zurück. Wir Männer, ruft Wulffen wie zürnend und strafend aus, tun mit großen und kleinen Mitteln alles, um die Befreiung des Weibes, nach der es seit Jahrtausenden strebt, zu hintertreiben. Der Mann hat die Prostitution von jeher gemacht und macht sie noch heute. In der sexuellen Evolution muß Mann und Weib gemeinsam aufsteigen. Der Mann hat die Vergeistigung der weiblichen Sexualität ernstlich zu wollen und sich von ihr fördern und erheben zu lassen. Wieder ist es der Entwicklungsgedanke, dessen Darstellung und künstlerische Objektivierung Wulffen in der versunkenen Glocke erläutert und als hervorgewachsen aus dem Boden einer monistischen Weltanschauung aufzeigt.

Wulffens Werk über Gerhart Hauptmann ist meiner Überzeugung nach berufen, an die Schöpfungen dieses großen Dichters aufs neue herantreten zu lassen mit empfänglicherem Gemüte, mit verständnisvollerem Sinne als bisher, auf daß sie zum unvergänglichen Besitze des deutschen Volkes werden.

Dr. Otto Juliusburger-Steglitz.

— **Pyschologie des Verbrechers.** Ein Handbuch für Juristen, Ärzte, Pädagogen und Gebildete aller Stände von Dr. Erich Wulffen, Staatsanwalt in Dresden. Zwei Bände. Verlegt bei Dr. P. Langenscheidt, Groß-Lichterfelde-Ost. 1908.

Das vorliegende Werk erscheint in einer Übergangsperiode, in der die Vertreter der modernen kriminalpsychologischen Anschauungen noch im harten Kampf mit den Juristen aus der alten Schule liegen. Die Ausführungen des Verf. werden dazu beitragen, das Verständnis für kriminalpsychologische Probleme zu fördern. Der Zug der Zeit geht dahin, die starren Paragraphen des Strafgesetzbuches durch Bestimmungen zu beleben, welche einer individuellen Berücksichtigung des Verbrechers Gewähr leisten. Es geht im 20. Jahrhundert nicht mehr an, nur das Verbrechen anzusehen, es gibt wissenschaftliche Methoden zur Feststellung der Bedingungen, die den Verbrecher treiben. Anthropologische, psychiatrische und statistische Erfahrungen zwingen dazu, immer klarer das Maß der dem Täter zuzuschreibenden Verantwortung abzuwägen, die Strafe immer mehr nach dem Grad der moralischen Schuld zu bestimmen und den Strafvollzug immer besser zur Erziehung auszubauen. Und nicht nur auf die psychische Verfassung des rechtsbrechenden Einzel-Individuums ist die Aufmerksamkeit mächtig hingelenkt. Hervorragende Forscher haben die Ursachen des Verbrechertums im allgemeinen untersucht und sich mit dem Einfluß von Beruf, Lebensalter, Geschlecht und Vererbung auf die Kriminalität beschäftigt, und zwar nicht nur, um die Erscheinungen zu erklären, sondern mit dem idealen Endzweck, kraft gewonnener Erkenntnis prophylaktisch zu wirken.

Das vorliegende zweibändige Werk rührt von einem Juristen, einem Staatsanwalt her, der mit Geschick und großem Fleiß in eine gewaltige Menge einschlagender Werke eingedrungen ist, die der Psychologie des Verbrechers zur Grundlage dienen. Der Verf., bekanntlich kein Neuling mehr in der psychiatrischen Literatur, macht anerkennenswerterweise Propaganda für die naturwissenschaftliche Auffassung von Verbrechen und Verbrecher. Im ersten Band führt er in die Gebiete der Physiologie und Psychologie, der Psychiatrie, Anthropologie und Statistik ein, um im zweiten Band auf Ethik und Charakterologie hinzuweisen, eine Psychologie der einzelnen Verbrecher-Spezialitäten zu geben und wichtige Erfahrungen mitzuteilen, welche bei Voruntersuchung und Hauptverhandlung sowie beim Strafvollzug praktische Berücksichtigung erheischen.

Das Buch bleibt von Anfang bis Ende interessant und anregend. Leider hat Verf. seinen psychiatrischen Ausführungen das Lehrbuch von Krafft-Ebing zugrunde gelegt; vor zwanzig Jahren wäre das berechtigt gewesen; jetzt hätte er sich an eines der neueren Werke halten müssen. 167 Seiten sind der Psychiatrie gewidmet, davon entfallen neun Zeilen auf die pro foro und in der Strafanstalt wichtigste psychische Krankheit: die Dementia praecox! Unberechtigt erscheint mir der Vorwurf, daß die Psy-

chiater in ihren schriftlichen Gutachten und bei der mündlichen Begründung im Gerichtssaal oft nicht fähig wären, elementare psychiatrische Begriffe klarzustellen und für Staatsanwalt und Geschworene überzeugend vorzutragen; gerade für den Vertreter der Irrenheilkunde im Prozeß Tessnow paßt dieser Vorwurf keineswegs. — Die experimentell festgestellte Beeinflussung psychischer Vorgänge durch den Alkohol wird durch Wiedergabe der Vorträge Fürers und Smiths geschildert und durch Wiedergabe der Gerichtsverhandlungen über das Spremberger Eisenbahnunglück wirksam illustriert. Überhaupt sind viele Fälle aus der Gegenwart in anschaulicher Weise mitgeteilt. So werden an einschlägiger Stelle der Hauptmann von Köpenick und Grete Beyer psychologisch skizziert; Georges Manolescu und Luccheni, Rechtsanwalt Hau und der Bankier Sternberg werden analysiert. Der Prozeß der Harmlosen, der Münchener Wuchererprozeß und der Leipziger Bankprozeß sind ausführlich wiedergegeben. Leider sind aber zuweilen Zeitungsartikel als Unterlagen von Verbrechertypen verwendet (Berliner Tageblatt, Morgenpost, Lokal-Anzeiger!). Die Fülle des Gebotenen ist groß; interessante Tafeln illustrieren die Belastung der Verbrecher durch Alkohol, durch Kriminalität und Geisteskrankheit der Eltern. Ein Kapitel ist der Kriminal-Graphologie gewidmet, ein anderes der Kriminal-Geographie. Im Kapitel über Charakterologie sind die Besonderheiten des Kindes, des Jugendlichen, des weiblichen Geschlechts und des Greises in fesselnder Weise besprochen; an anderer Stelle wird Statistisches zu den einzelnen Verbrechen in Fülle geboten, die weibliche Kriminalität und die Kriminalität der Jugendlichen geschickt behandelt. Das falsche X in der Berechnung des anscheinend sehr intelligenten Verbrechers wird an z. T. aktuellen Beispielen erörtert. Von den Verbrecherspezialisten geht Wulffen im besonderen ein auf die Psychologie der Diebe, Wilddiebe und Räuber, der verschiedenen Arten der Betrüger (Hochstapler, Fälscher, Münzverbrecher, Meineidige, Wucherer, Bankverbrecher und Spieler). Er schildert die Sittlichkeitsverbrecher, die Landstreicher und Bettler, die Mörder, politischen Verbrecher und Brandstifter; auch die Eisenbahnfrevler und Automobildelinquenten hat er nicht vergessen. Zum Schluß gibt er einen Ausblick auf die künftige Gestaltung des Strafrechts und Strafvollzugs. Nicht die Bestrafung des Verbrechers, führt Verf. an, bessert den Menschen und schreckt von dem Verbrechen ab, sondern nur die sittliche Evolution des Menschengeschlechtes. Nicht die Vergeltung ist der Zweck der Strafe; die Bestrafung darf nur den Schutz der menschlichen Gesellschaft vor den Verbrechern verfolgen. Unsittlichkeit und Verbrechen werden der Menschheit als notwendige Begleiterscheinungen seiner Evolution aufgezwungen. Es muß Menschen geben, in denen das Verbrechen in die Erscheinung tritt. Alle aber, Verbrecher wie Nicht-Verbrecher und Gute tragen zusammen das Prinzip der sittlichen Evolution. G. Ilberg.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 48. 1909.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Prof. Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Direktor Dr. **Beyer**, Roderbirken bei Leichlingen. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Oberarzt Dr **Deiters**, Grafenberg. Staatsinspektor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Oberarzt Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin). Med.-Rat Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden). Hofrat Dr. **Friedländer**, Hohemark. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Berlin. Direktor Dr. **Herting**, Galkhausen (Rheinland). Oberarzt Dr. **Ilberg**, Großschweidnitz (Sachsen). Direktor Dr. **Kluge**, Potsdam. Med.-Rat Dr. **Kreuser**, Winnenthal (Württemberg). Direktor Dr. **Lehmann**, Lindenhof. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R. Prof. Dr. **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Gand (Belgien) Direktor Dr **v. Olah**, Budapest. Direktor Dr **Ritti**, St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss**, Wien. Prof. Dr. **Ernst Schultze**. Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen. Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Direktor Dr. **Vocke**, Eglfing bei München. Prof. Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Hamburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Lublinitz (Schlesien).

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Inseratenannahme für Österreich-Ungarn **S. Taussik**, Annonc.-Exped., Wien II/2, Laufbergergasse 4.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Hilfsarztstelle.

An der **Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch**, in der Nähe von **Heidelberg**, ist die Stelle eines **Hilfsarztes** zu besetzen.

Anfangsgehalt 2000 M. bar und freie Station. Regelmäßige Gehaltszulagen. Aussicht auf etatmäßige Anstellung bei Bewährung im Dienste.

Bewerbungen mit Personalien, Lebenslauf etc. werden an den Direktor der Anstalt erbeten.

Wiesloch, den 25. Januar 1909.

**Gr. Direktion
der Heil- und Pflege-Anstalt
Dr. Fischer.**

Dauerstellung in schön gelegener

Privatanstalt

sucht verheir. **Arzt**, 40 J. a., evang. aus guter Fam. (M. d. L. V.) Mehrjähr. psychiatr.-neurol. Anstaltstätigk. vorausgegangen. Guter Internist. Persönl. Besprechung erwünscht. Off. unter **M. U. 7136** an **Rudolf Mosse, Frankfurt a. M.**

An der Heilanstalt Dösen (Leipzig) ist die Stelle eines

Arztes

zu besetzen, der im ersten Jahre 1800 M. nebst freier Station, dann 2100 M. bezieht und bei Bewährung nach 3 Jahren in eine ständige Stelle aufrückt mit einem Gehalte von 3600 M. neben freier Familienwohnung, Heizung u. Beleuchtung, steigend alle 2 Jahre um 400 M. bis 7200 M. Bewerber werden gebeten, kurzen Lebenslauf, Approbationsschein und etwaige Zeugnisse zu senden an den **Anstaltsdirektor Obermedizinalrat Dr. Lehmann.**

Die Stelle des ersten

Assistenzarztes

an der **psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald** ist baldigst zu besetzen. Psychiatrische Vorbildung erwünscht. Remuneration 1370 M. bei freier Station.

Meldungen erbittet die Direktion.

Suche zum 1. 4. für meine Privatirrenanstalt (48 Betten) ledigen

Assistenten

bezw. **II. Arzt** m. psychiatr. Vorbildung. Anfangsgeh. 250—300 M. monatl. u. freie Station. Evt. Lebensstellung. Bewerb. mit Lebenslauf, Bild und Zeugnissen unter Chiffre **B. H. 3315** an **Rudolf Mosse**, Breslau I.

Zum 1. April wird ein

II. Arzt

für unsere Spezialanstalt für Alkoholkranke gesucht. Gehalt 2400 bei freier Station.

Unv. Bewerber wollen sich wenden an die Direktion der Heilstätte „**Waldfrieden**" bei Fürstenwalde Spree.

Der Verwaltungs-Ausschuß.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.
Inseratenannahme für Österreich-Ungarn: S. Taussik, Annoncen-Exped., Wien II/2, Laufbergergasse 4.

Nr. 48. 20. Februar **1909.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Ausbildung des Pflegepersonals.

Von Direktor Dr. *Scholz*-Obrawalde.

Nach einem Vortrag, gehalten auf dem III. internationalen Kongreß für Irrenpflege in Wien 1908.

Wenn ich über die Ausbildung des Pflegepersonals an Irrenanstalten spreche, so habe ich auszugehen von den Verhältnissen, wie sie sind, nicht wie sie sein sollten. Dadurch begrenzt sich der Kreis meiner Aufgabe. Zweierlei scheint mir an unserm Personal bemerkenswert: erstens, es stammt fast ganz aus den niederen sozialen Schichten, und zweitens, es kommt ohne die geringste Vorbereitung, sozusagen frisch weg von Haus, Feld und Fabrik, in seine neue Stellung. Man hat die Irrenpflege die hohe Schule der Krankenpflege genannt, ihre Krone und ihren Gipfelpunkt. Ist das mehr als schönes Gerede, so müßte sie den Schlußstein in der Ausbildung des Pflegers liefern, müßte ein Privilegium sein für die Tauglichsten unter den Tauglichen. Aber diese Konsequenzen ziehen wir praktisch nicht und können sie, wie die Dinge liegen, auch gar nicht ziehen. So bleibt ein Widerspruch zwischen Reden und Handeln, den jeder von uns kennt und viele beklagen. Ich will unser jetziges Personal nicht tadeln: es leistet, was es leisten kann, an Eifer und Geduld und Pflichttreue, aber da, wo die eigentliche Feinheit in der Irrenpflege steckt, wo es sich um das tiefinnerste Verstehen, den Takt des Herzens und des Kopfes, handelt, da versagt es oft genug, — ganz zu schweigen von den kleinen und doch so peinlichen gesellschaftlichen Untugenden, die wie überall im Leben so auch in der Anstalt gewöhnlich schwerer verziehen werden als offene Fehler des Charakters. Ich lasse mir daher die Ansicht nicht nehmen (und spreche aus Erfahrung), daß weit eher noch als die Krankenpflege die Wartung der Irren in den Händen gebildeter Elemente (freilich nur weiblicher) liegen müßte. Aber ich weiß auch, daß das ein frommer Wunsch für die große Mehrzahl der Irrenanstalten bleiben wird, solange die heutigen Dienst- und Lebensverhältnisse des Personals die an sich schon geringe Vorliebe Gebildeter für den Irrenpflegeberuf noch weiter einschränken.

Das ist der eine Punkt. Der zweite betrifft die Tatsache, daß das Personal ohne jede Vorbereitung vom ersten Tage an in den praktischen Dienst hineingestellt wird, gehüllt in völlige Ahnungslosigkeit. Man sage nicht, in den Krankenanstalten sei es gerade so, und das Personal werde zunächst auch nur mit mechanischen Arbeiten, Reinmachen, Essenholen usw. beschäftigt. Der Vergleich stimmt nicht, denn in den Krankenanstalten sind die Kranken doch g e i s t i g gesund, und der Pfleger kann kein großes Unheil anrichten, wenn er Geschirr spült und Staub wischt. In der Irrenanstalt dagegen kommt er von der ersten Stunde an mit geistesgestörten und sinnverwirrten Menschen zusammen und treibt, ob er will oder nicht, psychische Behandlung. Denn was ist die Kunst des Umgangs mit Geisteskranken anderes als ein Stück Psychotherapie? Das ist kein idealer Zustand, weder für den Kranken noch für den Pfleger, doch läßt sich daran nicht viel ändern. Man kann nicht für jeden neu Eintretenden einen Lehrkurs beginnen. Aber ich verstehe nicht recht den an manchen Anstalten üblichen Brauch, den Neuling erst nach einem halben oder ganzen Jahr zum Unterricht zuzulassen. Ich dächte doch, je eher desto besser. Wegen der Durchsiebung Untaug-

licher mag ja das Zuwarten bequem sein, aber es wiegt den Nachteil nicht auf, daß das Personal lange Zeit ohne geregelte Unterweisung bleibt.

Die praktische Einschulung geschieht am besten auf einem der Wachsäle, vorausgesetzt, daß die Zahl der Neueingetretenen nicht zu groß ist; auch soll man nicht vergessen, daß es mißlich ist, gerade die pflegebedürftigsten Kranken in die Hände ungeschulter, immer wieder wechselnder Personen zu legen. Später muß der Pfleger natürlich alle Abteilungen kennen lernen, — kennen lernen, denn wo er dauernd bleibt, das hängt nach dem Grundsatz des divide et impera von seinem Naturell und seinen Fähigkeiten ab.

Offizielle Lehrkurse werden jetzt an den meisten Anstalten abgehalten. Nach den Erkundigungen, die Starlinger*) im vorigen Jahre eingezogen, erteilen unter den 78 Anstalten, von denen eine Antwort eingegangen war, 47 regelmäßigen Unterricht, 22 gelegentlichen während der Visiten, 9 keinen. Über den Wert des Unterrichts brauche ich nichts mehr zu sagen. Die Zeiten sind wohl vorüber, wo ein Irrenarzt in der Beschränktheit so eine Art Empfehlung für den Irrenpfleger sehen konnte. Der Unterricht erfolgt natürlich durch den Arzt, in großen Anstalten vielleicht am zweckmäßigsten durch die Ober- oder Abteilungsärzte, weil diese die kleinen lokalen Einzelheiten des Dienstes besser übersehen als der Direktor. Übrigens kommt es weniger auf die Person des Lehrers an als auf sein Lehrtalent. Ein langweiliger Chef ist u. U. gemeingefährlicher als der jüngste Assistent. Ganz schrecklich ist der Schulmeisterton. Ich hege eine solche Abneigung gegen die Weisheit im Zopf, daß ich mich bei meinem Unterricht nicht einmal zum Abfragen habe entschließen können, sondern bei der freien Vortragsform geblieben bin. Indes das ist Geschmackssache, und ich will mich mit dem, der anders darüber denkt, nicht streiten. Auch vergesse man nicht, daß der Unterricht vor allen Dingen praktisch sein muß: der Pfleger soll mir nicht sagen, wie er einen Kranken umbettet, sondern soll es zeigen. Das ist auch interessanter für Lehrer und Lernende. Fehlt im Unterricht dazu die Zeit, so bietet sich auf der Abteilung Gelegenheit, das Versäumte nachzuholen.

Die Zahl der Unterrichtsstunden richtet sich nach dem Wie und Was des Gebotenen. Meine Kurse dauerten gewöhnlich den Winter hindurch, wöchentlich eine Stunde, im ganzen 26 bis 30. Verteilt man den Unterricht auf mehrere Semester, so kann man reichlichere Zeit daran wenden. Ein Wiederholungskurs in konzentrierter Form für die bereits Ausgebildeten empfiehlt sich zweifellos und wird an manchen Anstalten schon erteilt.

Was soll gelehrt werden? Über den Inhalt des Lehrplanes gehen die Meinungen wohl nicht auseinander: zunächst die Anatomie, dann die Krankenpflege verbunden mit einigen Belehrungen aus der Hygiene, samt den Regeln der Antisepsis und Desinfektion, dazu die erste Hilfeleistung bei Unglücksfällen und die Lehre vom Krankentransport; endlich die Irrenpflege, wobei es den Unterricht belebt, wenn die wichtigsten Zustandsbilder der Geisteskrankheiten, vielleicht unter Vorstellung geeigneter Kranker, und neben der jetzigen auch die ehemalige Behandlung der Irren kurz geschildert werden. Auch ist es nutzbringend für den Schüler, wenn er angehalten wird, ein oder den andern Kranken ein paar Tage zu beobachten und das Beobachtete niederzuschreiben. Das zwingt ihn, aufzupassen und gibt außerdem dem Arzte einen Anhaltspunkt für die Beurteilung seiner Intelligenz.

Nun gibt es ängstliche Kollegen, die sagen: bringt um Himmelswillen nicht zu viel! Manche wollen nicht einmal vom einfachsten anatomischen Unterricht etwas wissen, von Dingen, die jeder Stift in der Volksschule lernt. Halte man doch die unteren Schichten nicht für so unbegabt und stumpf! Ungelenk sind sie und in der Sprache unbeholfen, und wenn ihr Wissen aus der Schule bald zerflattert, so liegt das an mangelnder Gelegenheit zur Auffrischung. Uns, den Gebildeten, geht es gerade so: wer kann denn noch Trigonometrie und Griechisch? Übrigens gehe der unterrichtende Arzt zunächst einmal mit sich selbst und seinem Lehrtalent ins Gericht. Warum soll die Schuld immer am Schüler liegen? Ganz stumpf trottet keiner durch die Welt; auch der Pfleger hat seine Meinung über die Kranken, mit denen er Wochen und Monate zusammen lebt, aber er geht mit seiner Anschauung leicht in die Irre, und da ist es doch besser, man kommt ihm zu hilfe und weist ihn den richtigen Weg.

Man lasse also die Bedenken fallen und gebe ruhig etwas mehr, als gerade nötig. Im Examen liegt die Sache anders, da mag man seine Anforderungen herabschrauben. Fuhrmann*) und Stransky**) gehen noch weiter und empfehlen mit

*) Zum gegenwärtigen Stande der Pflegerfrage. Referat beim I. Österr. Irrenärztetag in Wien. Psychiatr.-Neurol. Wochenschr., IX, 325.

*) Über Bildung unsres Pflegepersonals. Psych.-Neurol. Wochenschr., VII, 313.

**) Zur Erziehung und Organisation des Irrenpflegepersonals. Psych.-Neurol. Wochenschr., VIII, 251.

warmen Worten, dem Personal neben dem Fachunterricht eine bessere Allgemeinbildung zuteil werden zu lassen, natürlich nur dem dienstälteren und auch diesem nur mit Auswahl, d. h. soweit es Lust und Interesse hat. Sicherlich läßt sich dieser Vorschlag überlegen: mancher sonst tüchtige Pfleger kann nicht in höhere Stufen hinaufrücken, weil ihm gewisse elementare Fähigkeiten, Rechtschreiben, Rechnen usw. abgehen. Auch knüpft freiwilliger Liebesdienst das Band zwischen Vorgesetzten und Unterstellten fester. Indessen Klippen gibts auch hier. „Was man nicht nützt, ist eine schwere Last", daran denke, wer wie Fuhrmann seinem Personal mit Geographie, Geschichte und schöner Literatur aufwarten will. Warum den Zusammenhang mit den nächsten Aufgaben verlieren? Allgemeinbildung kann und soll zuerst aus der Fachbildung erwachsen. Ich halte in jedem Winter dem ausgebildeten Personal Vorträge über spezielle Kapitel des Irrenwesens und verwandter Gebiete, z. B. über die Ursachen der Geistesstörung, über Geisteskrankheiten außerhalb der Anstalt, über Alkoholismus, Verbrechen und Irrsinn, Schlaf und Traum usw. Dabei habe ich Gelegenheit, die Hörer einmal etwas tiefer hineinzuführen in die wunderbare Welt, die sie umgibt, und zu allgemeinen Betrachtungen bleibt ein großer Raum. Die Teilnahme an den Vorträgen ist natürlich durchaus freiwillig, der Besuch trotzdem gut. Zweifler werden das vielleicht auf äußere Gründe zurückführen: es ist der Chef, der redet, wer bliebe da zurück! Mag sein, aber ich bilde mir ein, daß doch auch ein Stück wirklichen Interesses mitspricht.

Den Unterricht schließt bei uns ein kleines Examen*), das in Gegenwart des Direktors abgehalten wird und, ohne materielle Vorteile zu bieten, als ein Ansporn für die Lernenden dient. Damit taucht die Frage auf: soll die Teilnahme am Unterricht und die Ablegung einer Prüfung Voraussetzung sein für die staatliche Approbation der Pflegepersonen, verbunden mit besserer Bezahlung und fester Anstellung? In manchen Ländern ist es schon so, — in Niederösterreich, in England, Italien, Nordamerika, Holland, im Seinedepartement und in Deutschland im Königreich Sachsen. Das Personal macht einen geregelten Bildungsgang durch: nach einer bestimmten Probezeit nimmt es an den Lehrkursen teil, — ein, zwei oder auch drei Winter hindurch, und legt dann vor einer gemischten Kommission ein Examen ab, worauf es seine Diplomierung erhält.

*) Wickel, Einiges zur Pflegerfrage. Psychiatr.-Neurol. Wochenschr., IX, 125.

Auch die deutschen Irrenärzte haben sich an dre Hand eines Referates von Siemens auf der Jahresversammlung in Hannover 1897 mit dem Gegenstand beschäftigt, aber eine Mehrheit für die Einführung von Examen und Diplomierung hat sich nicht gefunden. Man wies darauf hin, in der Irrenpflege seien nicht Kenntnisse, sondern tüchtige Charaktereigenschaften die Hauptsache, Gelehrtheit erziehe psychiatrische Pfuscher und befördere die Halbbildung. Auch werde man sonst recht brauchbare Kräfte verlieren, einzig weil sie den Wissensanforderungen nicht ganz genügten. Der Direktor jeder Anstalt möge sich wie bisher sein Personal selbst heranziehen und die Untüchtigen nach eigener Entschließung ausscheiden. Überdies habe Prüfung und Approbation wenig Zweck, solange der jetzige starke Wechsel unter dem Personal anhalte, und dieser Wechsel hänge wieder ab von der schlechten materiellen Lage des Personals. Erst solle man daher diese bessern, ehe man mit erhöhten Anforderungen an das Personal herantrete.

Ich bin anderer Meinung. Wird im Examen der Hauptwert auf das gedächtnismäßige Wissen statt auf das Können gelegt, so verfehlt es allerdings seinen Zweck, und die Gefahr des Wissensdünkels wird obendrein nicht auszuschließen sein. Aber es ist ja kein Kunststück, diesen Fehler zu vermeiden. Zweitens: der Vorrang der Charaktertüchtigkeit in der Irrenpflege vor den intellektuellen Leistungen wird von keinem Einsichtigen bestritten, soll jedoch gar nicht angetastet werden. Zur Prüfung wird eben nur zugelassen, wer sich während der langen Probe- und Ausbildungszeit als zuverlässig erwiesen hat, und der Ausfall der Prüfung bildet nicht die ausschließliche, sondern nur eine, allerdings nicht zu umgehende Bedingung zur festen Anstellung. Auch kann es jedem Pfleger überlassen bleiben, ob er das Examen ablegen will oder nicht; entschließt er sich nicht dazu, so verzichtet er freilich auch auf die Vorteile, die das Bestehen der Prüfung mit sich bringt. Und am Erziehungssystem ändert sich nichts: wie früher bildet der Arzt seine Schüler aus, nur daß seine Anstalt den Charakter einer Irrenpflegeschule bekommt, wo Gelegenheit zur Ausbildung und zur Ablegung der Staatsprüfung geboten wird.

Täusche ich mich nicht, so kommt diese Regelung auch den Wünschen des Personals entgegen, soweit es ein Streben aufwärts kennt. Heutzutage wird in allen öffentlichen Berufsklassen, die eine Spezialausbildung nötig machen, sowie in vielen privaten (man denke nur an die Innungshandwerker) der Befähigungsnachweis durch eine Prüfung verlangt. Man mag

diese Einrichtung loben oder tadeln, jedenfalls hebt sie den Beruf in den Augen der Welt. Da wollen die Pfleger nicht zurückstehen und tun recht daran. Allerdings müssen dann den höheren Pflichten auch die höheren Rechte zur Seite treten: die ideelle Hebung des Pflegerstandes ist ohne materielle undurchführbar. Schon jetzt steht die Besoldung nicht im richtigen Verhältnis zu der reichen Fülle erhabener Tugenden, die wir von unsern Pflegern und Pflegerinnen verlangen, und nicht überall beweisen die Behörden die hohe Einsicht wie z. B. in Niederösterreich, wo die Verhältnisse denn auch, soweit ich sie zu überschauen vermag, vorbildlich geregelt sind.

Glücklicherweise scheint uns in Deutschland von einer Seite Hilfe zu kommen, an die vor ein paar Jahren noch niemand gedacht hat. In diesem Jahre sind nämlich die Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen in Kraft getreten mit der ausdrücklichen Nebenbestimmung, daß die Krankenanstalten bei der Auswahl der erforderlichen Kräfte die geprüften Pflegepersonen bevorzugen sollen. Die geprüften Pfleger und Pflegerinnen aber werden den ihnen gebührenden höheren Lohn beanspruchen und, auf solche wirksame Weise von Staats wegen ... stützt, auch erhalten müssen. Was nun den Kr... pflegern recht, das ist den Irrenpflegern bill... Irrenanstalten können auf die Dauer gar nicht ... bleiben; auch sie werden ihrem Personal ... legenheit zur Approbation und damit indire... sozialen Besserstellung nicht versagen dürfen. ... ergeben sich aus der gesetzlichen Neuregel... Krankenpflegerausbildung weitere Fragen von ... tung. Sollen in Zukunft Kranken- und Irren... die gleiche Ausbildung durchmachen und das ... Examen ablegen? Soll die Prüfung in der Irr... stalt auch zur Tätigkeit in der Krankenans... rechtigen und ebenso umgekehrt? Oder sollen ... Berufe nichts miteinander zu tun haben, – ... pflege für sich und Krankenpflege für sich? ... zu reden, geht indes über den engen Rahmen ... Ausführungen hinaus, und ist auch noch ... Inzwischen wollen wir die Hoffnung festhalten ... mit der staatlichen Organisation der Krankenpf... ausbildung jetzt auch eine neue Ära für den ... des Irrenpflegers anbreche.

Eine Bemerkung zu dem Aufsatz von Herrn stud. med. Boas: Otto Ludw... „Der Erbförster" in kriminalpsychologischer Beziehung.

Als ich den ersten Teil des Aufsatzes gelesen hatte, glaubte ich, der Verfasser habe sich einen Scherz erlauben wollen. Und warum auch nicht? Es wäre noch lange kein Schade gewesen, wenn einmal ein kecker Studentenwitz die psychopathienlüsterne Fachgelehrsamkeit mit gelungener Karrikatur an der Nase herumgeführt hätte. Aber ich habe mich geirrt. Herr Boas hat es ganz ernst gemeint: ein homosexuelles Problem in Otto Ludwigs „Erbförster"! Gott bewahre mich! Der schlimme Buchjäger kriegt eines Tages den Sohn seines Feindes, den Andres Ulrich, zu fassen. Mit gütiger Unterstützung von fünf kräftigen Holzarbeitern zieht er ihm die Hosen herunter und nimmt die Prozedur (§ 175) vor. Sein Opfer wird inzwischen von den Forstleuten festgehalten. Glücklicherweise geht alles, wie Verf. hinzuzufügen nicht vergißt, „hinter der Bühne" vor sich. Aber wir erfahren's doch. Denn Andres, der „Vergewaltigte", wird von seinem Vater, dem Erbförster, aufgefordert, übrigens in Gegenwart der Mutter, des Bruders, des Pastors und des Knechtes, den Vorgang zu beichten. Andres ist zartfühlend und deutet nur an, aber der im Krafft-Ebing wohlbewanderte Vater versteht ihn gleich: „Andres, er hat dich — ich habs nie, und ein Fremder, ein ... nichts, Andres, ich versteh dich." Und die ... Mutter fügt bedeutungsvoll hinzu: „Daß du auch ... Buchjäger so gereizt hast!" Einigermaßen ver... lich stimmt es nur, daß Herr Boas bei dem ... liebten Attentäter (ebenso wie bei den assistier... Holzknechten) keine angeborene perverse Veran... annimmt, sondern die Tat mehr als ein Ergebnis ... Haß, Rausch und geistiger Minderwertigkeit ... ohne § 51) ansieht. Darum können wir dem ... beim Lesen oder Sehen des Dramas zur „aristo... lischen Katharsis" gelangen und unser Her... „Furcht und Mitleid" füllen, „besonders aus ... Grund, da er (der Buchjäger) ein oft vorkommen... Element in unserm Volksleben vertritt." Neben... aber bietet sich ungezwungen Gelegenheit, eine ... trachtung über den Zusammenhang von Alkoh... Unzucht (hetero- und homosexueller) an der ... der Erfahrungen psychiatrischer Autoritäten ... auf Grund statistischer Nachweise anzustellen ... „der Dichter hat hier ein warnendes Beispiel ... die Bühne gestellt, um zu zeigen, wohin das Trin... führen kann." Ja, ja!

Ich muß gestehen: es ist das reizendste Qui...

quo, das ich bisher in diesem Genre erlebt habe. Denn was in Wahrheit hat der Buchjäger mit dem Andres „vorgehabt“? Der Buchjäger, ein rüder Patron und Trinker, ist der rechtmäßige Amtsnachfolger seines Feindes, des abgesetzten Erbförsters, und Andres ist des Erbförsters Sohn. Der Erbförster, der seine Absetzung als widerrechtlich nicht anerkennt, schickt seinen Sohn in den Wald, Ahornpflanzen in der Baumschule herauszunehmen. Der Buchjäger kommt hinzu, stellt den Andres und traktiert ihn mit einer Tracht Prügel, denn das war anno 48, wo das Stück spielt, noch löblicher Brauch bei „Holzdieben“ und „Pflanzenstehlern“, die auf frischer Tat ertappt wurden. Er läßt den ohnmächtig sich Sträubenden durch seine Holzarbeiter ausziehen und ihm eine gemessene Portion auf den Teil, der von Rechts und Staats wegen dazu bestimmt war, verabfolgen. So liegt die Sache und so versteht es der Vater („er hat dich — ich habs nie, und ein Fremder“ — sc. hat dich geprügelt) und so verstehen es alle andern auch. Nur Herr Boas nicht. Zu allem Überfluß sagt auch noch der Pastor (III, 8): „Der Buchjäger, betrunken wie gewöhnlich, hat ihn wie einen Holzdieb behandelt, ihn schlagen lassen.“ Darin liegt ja gerade eine so wirksame, vom Dichter wohl bedachte Steigerung des dramatischen Konflikts, daß der Buchjäger, dieser verkommene Lump, seine Rachsucht unter dem Deckmantel formaler Rechtmäßigkeit ausüben kann.

Otto Ludwig ruht seit mehr als vierzig Jahren im Grabe. Er war eine weltabgewandte, kränkliche Natur von mimosenhafter Zartheit und nicht ohne hohes dichterisches Selbstgefühl. Seinem feinen Empfinden lag eine literarische Geschmacklosigkeit ersten Ranges, wie Herr Boas sie ihm zuschiebt, meilenfern. Und wer wußte überhaupt vor sechzig Jahren, als der Dichter sein Drama schrieb (1849), etwas von Homosexualität? Für literaturfähig wurde sie damals (schöne Zeit!) noch nicht befunden. Das kam erst viel später. Mir ist „Der Erbförster“ von jeher ans Herz gewachsen; oft habe ich ihn gelesen und mich immer wieder, trotz seiner offenbaren Mängel, durch die Wucht seines Ausdrucks und die vollendete Lebenswahrheit seiner Charaktere erschüttern lassen. Deshalb ist es mir eine Art persönlichen Bedürfnisses, den toten Dichter und sein Lieblingswerk in Schutz zu nehmen. Und in Schutz nehmen möchte ich auch unsere Wissenschaft. Warum die Scheu der Ästhetiker vor unserer psychiatrischen Literaturbetrachtung? Weil sie fürchten, ihre Ideale würden dadurch herabgezerrt in die Niederungen häßlicher Alltäglichkeit. Sie haben diesmal Grund dazu. Herr Boas ist stud. med., — ich fürchte aber, unsere Gegner werden das übersehen und also die Psychiatrie entgelten lassen, was sie gar nicht verschuldet hat. Dessen müssen wir uns erwehren.

Scholz-Obrawalde.

Erwiderung auf vorstehende Bemerkung.

Auf die Bemerkung von Herrn Scholz erlaube ich mir folgendes zu erwidern:

1. Von Homosexualität weiß man schon seit dem grauen Altertum. (Vgl. z. B. die römischen Klassiker.)

2. Homosexuelle Anspielungen finden wir in den Werken der Klassiker, auch der sogen. „guten, alten Zeit“ — Stellen aus Shakespeares Werken, z. B. seine Sonate und sein Drama „Julius Caesar“ — darin das oft diskutierte „Bear my“ — sowie Stellen aus Goetheschen und Schillerschen Dramen haben Anlaß zu Betrachtungen über die Homosexualität gegeben.

3. Persönliche Verehrung eines Dichters darf bei der wissenschaftlichen Analyse seiner Werke nicht mitsprechen.

4. Angenommen, es habe sich lediglich um eine Züchtigung gehandelt. Es ist alsdann kaum motiviert, warum Andres wegen dieser Züchtigung das Elternhaus verlassen und nach Amerika auswandern will, zumal wenn die Strafart zur Zeit der Handlung „löblicher Brauch“ bei Holzdieben und Pflanzenstehlern war, die in flagranti ertappt wurden.

5. Die Worte des Erbförsters: „.... ich habs nie“ ... bedeuten ad verbum allerdings, der Erbförster habe seinen Sohn nie geprügelt (oder richtiger vielleicht nie einen Holzdieb geprügelt). Aber Andres läßt offenbar absichtlich den Vater bei seiner relativ harmlosen Auffassung des Vorgangs, um ihm noch tieferen Gram zu ersparen. Bei der Annahme einer damals allgemein üblichen Züchtigungsweise wäre es unverständlich, wenn Andres nicht den vollen Sachverhalt mitteilte.

6. Herr Med.-Rat Dr. Näcke (Hubertusburg), den ich um seine Meinung bat, schreibt mir über die in Frage stehenden Stellen folgendes:

„Man würde dies bei dem brutalen Charakter des Saufaus Buchjäger ohne weiteres auf gewaltsame Kastration beziehen dürfen, wenn die Operation selbst nicht so schmerzhaft und blutig wäre, daß kaum anzunehmen ist, daß Andres 24 Stunden später vor dem Vater anscheinend gesund erscheinen kann. Etwas Infames ist es sicher, was an dem nackten Körper vorgenommen wurde. Und wenn, wie ich

glaube, aus obigem Grunde Kastration ausgeschlossen werden muß, so bleibt tatsächlich nichts anderes übrig als ein päderastischer Akt."

7. Daß die Annahme einer Kastration oder einer wesensverwandten Handlung nichts absolut Unmögliches ist, beweist folgender von Stieda (Deutsche med. Wochenschrift, 1908, Nr. 13) mitgeteilter Fall: Ein jetzt 36 Jahre alter Mann wurde als Knabe von 15 Jahren von drei Männern überfallen; zwei hielten ihn, der dritte quetschte die Hoden so lange zwischen den Fingern, bis sie vollkommen zerdrückt waren. Der ganze Vorgang soll nur eine Stunde gedauert haben.

8. Herr Dr. Magnus Hirschfeld (Charlottenburg), den ich ebenfalls befragt habe, nimmt etwa denselben Standpunkt ein wie Näcke; nur gewährt er der Annahme einer Kastration noch weiteren Spielraum.

9. Nach Aufrollung dieses Tatsachenmaterials mag ein jeder selbst entscheiden, ob meine Ansicht verdient hat, ins Lächerliche gezogen zu werden.

10. Gegen den Vorwurf, das Ansehen der Psychiatrie geschädigt zu haben, muß ich mich entschieden verwahren. Die Angelegenheit ist hiermit für mich erledigt.

Boas.

Anmerkung der Redaktion.

Angenommen, Andres sei nur geprügelt worden. Von den beiden Handlungen, die er erdulden mußte, ist die des Ausgezogenwerdens ohne Zweifel die in höherem Grade die Scham verletzende, und durch sie wird die eigentliche Strafe der Züchtigung vollends zu einer entehrenden gestempelt. Wenn nun Andres diese an ihm begangene Schamverletzung seinen Eltern, dem Pastor etc. mitteilt, so ist nicht einzusehen, warum er mit der erlittenen Prügelstrafe so geheimnisvoll tut. Vor das geistige Auge des Lesers und Zuschauers stellt Ludwig das Bild des nackten Andres. Was in aller Welt hätte er für Grund, den Andres nicht auch sagen zu lassen, daß er geprügelt sei, wenn dies wirklich der Fall war.

Die Worte des Andres: „Das hat mir noch kein Mensch getan in der Welt!" sprechen deutlich gegen die Annahme einer bloßen Prügelstrafe. Bei Annahme solcher sind diese Worte ein unsinniger und unkünstlerischer Pleonasmus; denn jedermann weiß, daß Andres als Mann noch nie Prügelstrafe erlitten hat. Ein geradezu plumper Pleonasmus wären sie bei der Annahme einer Kastration; denn daß diese dem Andres noch nicht passiert ist, setzt jedermann voraus.

Es bleibt nur übrig die Annahme, daß der Buchjäger an Andres irgendeine ganz schmutzige sadistische Sache im weiteren Sinne des Wortes Sadismus) verübt hat. Bei der homoerotischen Neigung des Buchjägers leicht erklärlich; es spricht gerade für die Meisterschaft Ludwigs, daß er uns im II. Aufzug 5. Auftritt auf diesen Zug beim Buchjäger aufmerksam macht, um uns das Gemeine, das der Buchjäger an Andres verübt hat, im 10. Auftritt nur erraten zu lassen. Im 5. Auftritt fällt der betrunkene Buchjäger dem Möller um den Hals. Möller erwehrt sich seiner „schamhaft und äußerst verlegen" und sagt: „Wenns jemand sähe!"

Ich hoffe damit Herrn Scholz die Sorge um unsere Wissenschaft erleichtert zu haben.

Und nun noch eins: eine anderweitige Entgegnung auf Herrn Boas' Ausführungen habe ich nicht veröffentlicht, weil ich dieser Frage nicht soviel Bedeutung beimesse und daher auch nicht soviel Raum zur Verfügung stellen kann.

Gegenüber der Entrüstung Mancher darüber, daß in übertriebener Weise nach dem Sexuellen gespürt wird (Freud, Jung, Bleuler), möchte ich nur auf Genesis Kapitel II, Vers 25 und Kapitel III, Vers 7, 10 hinweisen; die Bedeutung dieser Passus für die Stellung des sexuellen Moments sogar in der Entwicklung unserer Religion brauche ich hier ja nur zu berühren. (Wer Anstoß an solcher sexualpsychologischen Forschung nimmt, dem widerrate ich, sich mit Religionspsychologie und Religionspsychopathologie zu beschäftigen.) Ferner weise ich darauf hin, daß nicht die Psychiater zuerst sich über die innige Durchflechtung des Geisteslebens mit sexuellen Begriffen den Kopf zerbrachen, sondern die schamhaften Philologen, als sie nach den Gründen des männlichen und weiblichen Geschlechts beim Artikel sächlicher Hauptwörter forschten. Für Marc Twain war letzteres billiger Stoff zu niedlicher humoristischer Betrachtung.

Bresler.

Mitteilungen.

— **Ein Denkmal für den Psychiater Prof. Dr. Emanuel Mendel** soll auf dem Grundstück des Pankower Gemeindekrankenhauses, um dessen Entstehung der unvergeßliche, menschenfreundliche Gelehrte und Forscher sich die größten Verdienste erworben hat, errichtet werden. Es hat sich ein Ausschuß gebildet, dem eine Reihe hervorragender Persönlichkeiten aus der ärztlichen Welt angehören. Aber auch Männer wie Freiherr v. Manteuffel, der Präsident des Herrenhauses, Staatsminister Hobrecht, der vortragende Rat Dr. Dietrich, Kammerherr Dr. von Saldern, Landrat Graf Rödern, Josef Kainz und viele andere gehören zu den Unterzeichnern des Aufrufs.

— **Trotz der psychiatrischen Gutachten freigesprochen.** Im allgemeinen macht man unserem Recht sowohl wie auch den Richtern den Vorwurf, daß sie häufig die Zurechnungsfähigkeit eines Angeklagten annehmen, wo dieser von den medizinischen Sachverständigen als nicht voll verantwortlich für seine Tat betrachtet wird. Kürzlich hat sich nun vor der 2. Strafkammer des Landgerichts I, Berlin, der umgekehrte, recht seltene Fall ereignet, daß die Psychiater einem Angeklagten den Schutz des § 51 des Str.-G.-B. versagt wissen wollten, das Gericht dagegen wegen Unzurechnungsfähigkeit auf Freisprechung erkannte.

Wegen schweren Diebstahls im strafschärfenden Rückfalle war der Arbeiter Otto Böhnke angeklagt.

ser ist ein vielfach vorbestrafter Gelegenheitsdieb. ɛtzt verbüßte er eine längere Strafe im Zuchthause ler Lehrterstraße. Da schon damals Zweifel an er Zurechnungsfähigkeit aufgetaucht waren, so de er der Irrenanstalt Dalldorf überwiesen, in der ängere Zeit verblieb. Später wurde er aber wieder h dem Zuchthaus übergeführt. Bald nach seiner lassung aus diesem wurde er eines Nachts bei ;ehung eines neuen Diebstahls abgefaßt. Er gab ɔrt bei seiner ersten Vernehmung an, er sei be- ıken gewesen und müsse die Tat in einem Zu- ıde der Geistesstörung ausgeführt haben. In der :igen Verhandlung gab Medizinalrat Dr. Lepp- nn sein Gutachten dahin ab, daß der Angeklagte ɛrdings ein degenerierter Mensch sei, der früher an leptoiden Zuständen gelitten habe; da der Angeklagte ɛr in dem vorliegenden Falle ganz planvoll und :hgemäß gehandelt habe, könne der § 51 des -G.-B. auf ihn nicht Anwendung finden. Der ichen Ansicht war Med.-Rat Dr. Hoffmann. ɛr Verteidiger suchte nachzuweisen, daß der Ange- .gte keineswegs sach- und plangemäß gehandelt be, außerdem sei der Einwand, daß er angetrunken wesen sei, nicht widerlegt, so daß sich begründete ʼeifel an der Zurechnungsfähigkeit nicht leugnen ßen. Das Gericht erkannte unter Anwendung des 51 auf Freisprechung.

— **Victoria. Hospitals for the Insane. eport of the inspector-general of the insane r the year 1907.**

Am 1. Januar 1907 waren 4937 Geisteskranke in ɜn (7) öffentlichen und (5) privaten Irrenanstalten ıtergebracht, am 31. Dezember 1907 5052 (115 mehr), ;69 Männer, 2483 Frauen, die Zahl der Geistes- anken beträgt 1:249. In den öffentlichen Irren- ıstalten schwankt die Zahl der Geisteskranken (ab- ɛsehen von Kew-Idiot-Asylum mit 292 Kranken) ɔn 593 bis 842. Aufgenommen wurden während es Jahres 742 Personen, 428 Männer, 314 Frauen, arunter 14 wiederholte Aufnahmen (11 M. 3 Fr.).

	M.	Fr.	Sa.
Entlassen wurden als geheilt	112	107	219
gebessert	35	33	68
ungeheilt	7	9	16
Es starben	191	137	328
Sa.	345	286	631

Von den aufgenommenen Kranken hatten vorher ereits

	M.	Fr.	Sa.
1 Anfall von Geistestörung	60	46	106
2 Anfälle „ „	15	6	21
3 „ „ „	7	2	9
4 „ „ „	2	—	2
Überhaupt Anfälle	84	54	138

Seit 1891 sind im ganzen aber 12476 Personen 6926 Männer, 5550 Frauen) aufgenommen worden, ʼon denen 4585 (2482 M. 2098 Fr.) oder 36,75% ;eheilt, 1008 (454 M. 574 Fr.) gebessert und 5544 3403 M. 2141 Fr.) = 44% gestorben sind. Im Verhältnis zum Bestande betrug die Zahl der Todes- älle bei den Männern 9,08, bei den Frauen 6,46%, m ganzen 7,48%.

Unter den Aufnahmen des Jahres 1907 war die Ursache in 169 Fällen unbekannt. Im übrigen war u. a. als Ursache angegeben Trunksucht in 64 Fällen (43 M. 21 Fr.) oder 8,6% (10% M. 6,7% Fr.), hereditäre Einflüsse in 56, angeborene Defekte in 57 Fällen, Puerperium (Schwangerschaft, Wochenbett, Laktation) in 16, Geschlechtskrankheiten in 15, Masturbation in 32, Unfälle in 28, Sonnenstich in 13, Alter in 68, körperliche Krankheiten in 45, Entbehrungen in 10 Fällen. Die wesentlichsten Krankheitsformen bei den 4961 Kranken der öffentlichen Anstalten am 31. Dezember 1907 waren Idiotie, Imbezillität mit Epilepsie bei 452 (252 M. 200 Fr.), ohne Epilepsie 125 (57 M. 79 Fr.), epileptische Seelenstörung bei 255 (95 M. 160 Fr.), progressive Paralyse 53 (51 M. 2 Fr.), Seelenstörung infolge von organischen Hirnkrankheiten 39 (27 M. 12 Fr.), primäre Demenz (Dem. praecox ?) 160 (101 M. 59 Fr.), maniakalische Störungen (?) 633 (337 M. 296 Fr.), melancholische Störungen (?) 242 (132 M. 110 Fr.), Paranoia 558 (301 M. 257 Fr.), senile Demenz 214 (119 M. 95 Fr.), sekundäre Demenz (?) 1887 (907 M. 980 Fr.). Unter den Todesursachen bei den 328 Todesfällen (191 M. 137 Fr.) sind zu nennen Paralyse 22 (19 M. 3 Fr.), Herzkrankheiten 53 (28 M. 25 Fr.), Phthise 45 (28 M. 17 Fr.), allgemeine Tuberkulose 2 (Fr.), Pneumonie 67 (40 M. 27 Fr.).

In den öffentlichen Anstalten betrug die Zahl der Aufnahmen 728, darunter 87 Wiederaufnahmen, 54 über 70 Jahre, 59 zwischen 60 und 70 Jahre, 42 Fälle von progressiver Paralyse. Unter den Ursachen rangiert Trunksucht mit 64 Fällen oder 8,9% an erster Stelle. Die Zahl der Heilungen betrug 218 (70,08%), die Zahl der Todesfälle 328 (7,17% des Durchschnittsbestandes); unter den Todesursachen war Tuberkulose mit zirka 14,3%, allgemeine Paralyse mit 6,7% beteiligt.

Aus den Berichten der einzelnen Irrenanstalten geht hervor, daß Zwangsmittel noch in den meisten Irrenanstalten üblich sind. So wurden in der Irrenanstalt Yarra Bend mit 943 Patienten im Berichtsjahre 23 Kranke für eine Gesamtzeit von $3937\frac{1}{4}$ Stunden mit Zwangsmitteln behandelt, jeder also durchschnittlich 171 Stunden. Diese von dem Direktor selbst als sehr groß bezeichnete Zahl wird damit erklärt, daß die Zwangsbehandlung nicht genügend überwacht und kontrolliert werden kann. Es scheint daraus und aus den weiteren Bemerkungen hervorzugehen, daß ihre Anwendung meist der Entscheidung der Pfleger überlassen ist. In Kew mit 950 Patienten dagegen wurden Zwangsmittel nur einmal bei einem Patienten aus chirurgischen Gründen angewendet. Beechworth mit 646 Patienten verzeichnet 2 Fälle, wo Zwangsmittel aus chirurgischen Gründen (161 bezw. $12\frac{1}{2}$ Stunden) angewendet wurden. In Arvaral mit 670 Patienten wurden Zwangsmittel bei einer Patientin wegen maniakalischen und aggressiven Verhaltens im ganzen 45 Stunden und in Sunbury mit 778 Kranken ein Mann wegen akuter Tobsucht $25\frac{3}{4}$ Stunden und ein anderer 29 Stunden aus medizinischen Gründen angewendet. Diese beiden Anstalten machten auch von der Zellenbehandlung, jene bei fünf weiblichen

Patienten für $45^1/_2$ Stunde im ganzen, diese bei zwei weiblichen Patienten (3 St. 5 M. bezw. 2 St. 15 M.) Gebrauch.

Interessant sind die Einrichtungen bezüglich **Pflegerunterricht und Pflegerprüfungen.**

Zur Aufnahme in den Pflegerstand ist eine elementare Prüfung notwendig. Es meldeten sich zu dieser während des Berichtsjahres 204 männliche und 375 weibliche, im ganzen 579 Kandidaten, von denen nur bezw. 95 und 221, im ganzen 316 oder 54% bestanden. Die aufgenommenen Pfleger erhalten in allen Anstalten einen Pflegerunterricht.

Am Ende des ersten Jahres, spätestens aber vor Ende des zweiten Jahres muß das erste Pflegerexamen abgelegt werden, das sich auf elementare Anatomie und Physiologie, erste Hilfe bei Unglücksfällen und allgemeine Pflegerpflichten erstreckt. Zu diesem Examen meldeten sich während des Berichtsjahres 43 Pfleger und 65 Pflegerinnen, zusammen 108 Kandidaten, von denen nur 23 bezw. 29, im ganzen 52 oder 48% bestanden.

Die Pfleger, die dieses Examen bestanden haben und wenigstens drei Jahre im Dienste gewesen sind, können sich nach einem etwas erweiterten Wärterunterricht einem zweiten Examen (für Ältere) unterziehen, das die allgemeine Krankenpflege und die Pflege von Geisteskranken betrifft. Es meldeten sich zu diesem Examen während des Berichtsjahres 87 Pfleger und 30 Pflegerinnen, im ganzen 107 Kandidaten, von denen bezw. 49 und 13, im ganzen 62 oder 58% bestanden.

Die Prüfungskommission besteht aus dem Generalinspektor des Irrenwesens als Leiter und zwei Direktoren als Beisitzer. Die Prüfung besteht aus einem schriftlichen und einem mündlichen Teil mit praktischen Übungen.

Die Aufgaben für die schriftliche Prüfung lauteten im Berichtsjahre wie folgt:

A. Examen (für Jüngere).

1. Welche Arten von Knochen gibt es im menschlichen Skelett? Es sollen Beispiele für jede Art gegeben und ihre verschiedenen Zwecke erörtert werden.

2. Der Inhalt des Brustkorbes und die Lage seiner wichtigsten Organe.

3. In welche vier Klassen lassen sich die Nahrungsstoffe teilen? Es sollen Beispiele für jede Klasse genannt und angegeben werden, in welchem Teil des Verdauungsapparats die verschiedenen Nahrungsstoffe hauptsächlich verdaut werden?

4. Was versteht man unter Verrenkung? Wo kommen solche am häufigsten vor? Welche erste Hilfe ist in jedem genannten Falle zu leisten?

5. Was ist zu tun, erstens wenn die Kleidung eines Kranken in Brand gerät, zweitens wenn die Flammen erstickt sind?

6. Um 10 Uhr Vormittag kann ein Patient, der im Garten (Hofe) sich aufhalten soll, nicht dort gefunden werden. Welche Schritte haben die diensttuenden Pfleger dort zu tun? Welches ist die Verantwortlichkeit des Beamten, der dabei [illegible] in Betracht kommt?

B. Prüfung (für Ältere).

1. Welches sind die Hauptteile des [illegible] welches die Verbindungen dieser Teile? W[illegible] das Gehirn zusammengesetzt? Welches [illegible] Hauptfunktionen des Gehirns?

2. Was versteht man unter einem Bruch [illegible] die wichtigsten Arten der Knochenbrüche [illegible] der Hauptsymptome jeder Art. Welche K[illegible] Geisteskranken sind Knochenbrüchen am m[illegible] gesetzt und warum sind sie dies?

3. Was ist Schwindsucht? Welche Ersch[illegible] zeigt ein Patient mit Schwindsucht? Welch[illegible] meinen Verhütungsmaßregeln müssen gegen [illegible] breitung dieser Krankheit getroffen werden?

4. Es soll auseinandergesetzt werden, a[illegible] verschiedenen Arten ein Kranker Selbstmord [illegible] kann und welche Vorsichtsmaßregeln bei [illegible] verdächtigen Kranken angewendet werden [illegible]

5. Es soll ein Fall von Melancholie, S[illegible] und Verlauf, beschrieben werden, ebenso d[illegible] meine Behandlung und Vorsichtsmaßregeln [illegible] Fall von Melancholie.

6. Was ist ein Druckgeschwür und wodu[illegible] steht es? Was hat zu geschehen: 1. um d[illegible] kommen von Druckgeschwüren zu verhinder[illegible] 2. um ein solches zur Heilung zu bringen? [illegible] Arten von Kranken neigen am meisten [illegible] wicklung von Druckgeschwüren?

Außer diesen Prüfungen gibt es noch [illegible] für Oberpfleger etc., die vor ihrer definitive[illegible] stellung das Examen bestanden haben müssen. [illegible] Pfleger, die die Prüfungen bestanden haben, e[illegible] ein Zeugnis, diejenigen, die die Prüfung für [illegible] Pfleger mit Auszeichnung bestanden haben, eine Me[illegible] Da die Irrenanstalten zu wenig Material für die [illegible] bildung der Pfleger in der allgemeinen Kranke[illegible] bieten, so geht man mit der Absicht um, einige [illegible] Pfleger auf sechs Monate in ein allgemeines Kr[illegible] haus zu schicken.

Hoppe-Königs[illegible]

Personalnachrichten.

— **Hubertusburg.** Am 10. Februar d. J. verschied Herr Med.-Rat Dr. Alfred Matthaei, Stellvertreter des Direktors der Heil- und Pflege-anstalt zu Hubertusburg in Sachsen.

Druckfehlerberichtigung. Gehaltsregulierung d[illegible] staltsärzte in Oberbayern (Nr. 47, S. 405): die Anstalts[illegible] m. gehobenem Gehalt beginnen mit 4800, nicht 4300 M.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 49. 1909.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,** Lublinitz (Schlesien).

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Hilfsarztstelle.

An der **Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch**, in der Nähe von **Heidelberg**, ist die Stelle eines **Hilfsarztes** zu besetzen.

Anfangsgehalt 2000 M. bar und freie Station. Regelmäßige Gehaltszulagen. Aussicht auf etatmäßige Anstellung bei Bewährung im Dienste.

Bewerbungen mit Personalien, Lebenslauf etc. werden an den Direktor der Anstalt erbeten.

Wiesloch, den 25. Januar 1909.

Gr. Direktion
der Heil- und Pflege-Anstalt
Dr. Fischer.

An der Heilanstalt Dösen (Leipzig) ist die Stelle eines

Arztes

zu besetzen, der im ersten Jahre 1800 M. nebst freier Station, dann 2100 M. bezieht und bei Bewährung nach 3 Jahren in eine ständige Stelle aufrückt mit einem Gehalte von 3600 M. neben freier Familienwohnung, Heizung u. Beleuchtung, steigend alle 2 Jahre um 400 M. bis 7200 M. Bewerber werden gebeten, kurzen Lebenslauf, Approbationsschein und etwaige Zeugnisse zu senden an den **Anstaltsdirektor Obermedizinalrat Dr. Lehmann.**

Suche zum 1. 4. für meine Privatirrenanstalt (48 Betten) ledigen

Assistenten

bezw. **II. Arzt** m. psychiatr. Vorbildung. Anfangsgeh. 250—300 M. monatl. u. freie Station. Evt. Lebensstellung. Bewerb. mit Lebenslauf, Bild und Zeugnissen unter Chiffre **B. H. 3315 an Rudolf Mosse, Breslau I.**

Weitere Stellenangebote auf der 3. Umschlagseite.

VERONAL

Durchaus zuverlässig und angenehm wirkendes

Hypnotikum und Sedativum,

bei entsprechender Dosierung **völlig unschädlich.**

In Form des leichtlöslichen

Veronal-Natrium

auch zur subkutanen und rektalen Anwendung geeignet.

Für internen Gebrauch:

Veronal und Veronal-Natrium

in Tabletten à 0,5 g.

Literatur zur Verfügung!

E. MERCK-DARMSTADT.

Dr. Warda, früher I. Assistenzarzt von Herrn Geheimrat Professor Dr. Binswanger in Jena, empfiehlt seine Heilanstalt für Nervenkranke

Villa Emilia

zu **Blankenburg** im Schwarzatal (Thüringen). Die Anstalt ist durch einen schönen und zweckmäßigen Neubau vergrößert und das ganze Jahr geöffnet.

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke.

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke.

Die Stelle des ersten

Assistenzarztes

an der **psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald** ist baldigst zu besetzen. Psychiatrische Vorbildung erwünscht. Remuneration 1370 M. bei freier Station.

Meldungen erbittet die Direktion.



Fischversandgeschäft „BADENIA"

Fernsprech-Anschluss Nr. 893.

Geestemünde-F.

Telegramm-Adresse: Badenia Geestemünde

empfiehlt sich zum Bezug aller Seefische

Spezialität: **Krankenhaus- und Pensionslieferungen in Steinbutt, Seezungen, Lachs, Zander etc., sowie in Delikatessen, als Caviar, Hummer, Sardinen etc.**

Für sorgfältigste Ausführung selbst des kleinsten Auftrags leisten weitestgehende Garantie. Kochbüchlein und Rezepte in fast allen Sprachen gern gratis zu Diensten. Bei Auftragserteilung berufe man sich Vorzugspreise halber auf diese Zeitschrift.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt Dr. Joh. Bresler,
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr Nr 898.

Nr. 49. 27. Februar 1909.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Familienpflege Geisteskranker bei Irrenpflegern.

Von Oberarzt Dr. *C. Wickel*, Obrawalde (Posen).

Im Jahre 1895 wurde von Alt das Pflegerdorf Wilhelmseich bei der Anstalt Uchtspringe gegründet.

Von der Erbauung dieses Dörfchens erhoffte er:

1. Erlangung eines seßhaften, tüchtigen Pflegerstammes,

2. zweckmäßige und billige Verpflegung einer Anzahl geeigneter Kranker in Familien,

3. Erwachen des Interesses für familiäre Irrenpflege in der Nachbarbevölkerung, die, obgleich an und für sich hierzu wohl geeignet, wegen Scheu vor allem Neuen ohne augenscheinliches Beispiel nicht an einen praktischen Versuch herantreten werde.

Die Pfleger sollten auf diese Weise zu einer guten und billigen Familienwohnung kommen. Die regelmäßige Bareinnahme für die Verpflegung von drei Kranken pro Tag erschien weiterhin geeignet, die Führung des Haushaltes zu erleichtern und zu verbilligen, zumal ein großer Teil des Gemüses in dem eigenen Garten unter Mithilfe der Kranken gebaut werden kann.

Die Kranken gewähren außerdem eine Hilfe im Haushalt durch Wartung der Kinder, durch Verrichtung kleinerer Dienstleistungen (Holz kleinmachen u. dergl. m.), durch Mitbesorgen des Kleinviehs usw.

Das Beispiel Alts fand vielfach Nachahmung, besonders bei neuerbauten Irrenanstalten. Eine Reihe von Pflegerdörfern ist entstanden. Einzelne Irrenanstalten scheinen allerdings von der Verpflichtung der Pfleger, Kranke in Pflege zu nehmen, Abstand genommen zu haben.

Auch neben der im November 1904 eröffneten vierten Irrenanstalt der Provinz Posen, Obrawalde bei Meseritz, ist ein Pflegerdorf bestehend aus sechs Doppelwohnhäusern ganz nach den Plänen Alts*) gebaut worden.

Die Pfleger haben die Verpflichtung, drei Kranke in ihren Familien in Pflege zu nehmen. Sie bezahlen für die Wohnung jährlich 50 M. Miete, für die elektrische Beleuchtung 10 M. Werden die Pfleger nach zehnjähriger einwandsfreier Dienstzeit fest angestellt, so haben sie freie Dienstwohnung.

Der Pfleger hat den Kranken zusammen ein Zimmer und eine Kammer im Obergeschoß einzuräumen, auf Verlangen der Direktion auch die zweite Kammer des Obergeschosses.

Am Tage haben die Kranken ihren Aufenthalt und berechtigten Platz im Familienzimmer. Sie nehmen an den Mahlzeiten der Familie teil und erhalten dieselbe Beköstigung wie die Familie des Pflegers.

Die Ausstattung der Zimmer für die Kranken stellt die Anstalt. Bettwäsche, Garderobe und Leibwäsche wird ebenfalls von der Anstalt geliefert. Die Instandhaltung der Bett- und Leibwäsche und der Garderobe der Kranken ist Sache der Pfleger.

Die Reparatur des Schuhwerks und die Reinigung der Bett- und Leibwäsche führt die Anstalt aus. Zigarren, Tabak, Arzneien für die Kranken gibt die Anstalt.

Für Heizung der Zimmer hat der Pfleger Sorge zu tragen. Die Kohlen erhalten die Pfleger von der Anstalt zum Selbstkostenpreise. Gemüse können sie aus der Anstaltsgärtnerei billig beziehen. Soweit angängig, wird ihnen auch aus Anstaltsbeständen gegen Zahlung des Selbstkostenpreises Gemüse verabfolgt.

*) S. Alt, Über familiäre Irrenpflege. p. 43—45. 1899.

Zu jeder Wohnung gehört ein Ziegen- (Schweine-), Hühner- und Holzstall mit Futterboden.

Außerdem hat jeder Pfleger, mit Rücksicht auf den leichten Boden, 1200 qm Gartenland (in Uchtspringe 600 qm).

Als Vergütung für seine Leistungen erhält der Pfleger für jeden Kranken täglich 70 Pf. In Uchtspringe wurden zunächst 60 Pf. gegeben, jetzt erhalten die Pfleger dort 80 Pf.

In unserem Pflegerdorfe ist seit April 1905, also seit über $3^1/_2$ Jahren die Familienpflege eingeführt.

Zwei von den zwölf Wohnungen sind bisher an einen Oberpfleger und einen Maschinisten vergeben, so daß in dem Dorfe zehn Pflegerfamilien für die Familienpflege in Betracht kommen. Seit etwa einem Jahre sind auch die letzten Plätze mit Kranken besetzt. Es sind also jetzt insgesamt 30 männliche Kranke in dem Pflegerdorfe in Pflege.

Obwohl ein an sich für Familienpflege nur wenig geeignetes Krankenmaterial zur Verfügung stand, fanden sich doch, zum Teil nach vielfachem Probieren, 29 Kranke heraus. Unter den Neuaufnahmen war bis jetzt nur ein für Familienpflege geeigneter Kranker.

Bei der Auswahl der Kranken kamen nur Ruhige in Frage. Bei der Zuweisung an die Familien bemühten wir uns nach Möglichkeit, einen für Hof-, Stall- und Gartenarbeit, einen für Hausarbeit geeigneten und einen nicht oder wenig arbeitenden Kranken auszusuchen.

Mit manchem, von dem wir dachten daß es gehen würde, ging es nicht, und eine größere Zahl von denen, die wir mit Bedenken und aus Mangel an anderen geeignet erscheinenden Kranken in Pflege gegeben hatten, schlug gut ein.

Manchmal ging es auch mit einem Kranken in der einen Pflegerfamilie nicht, in einer anderen ging es.

Man muß jedenfalls versuchen. Durch Mißerfolge darf man sich nicht abschrecken lassen.

In Pflege sind vorwiegend Idioten und alte Paranoiker, zum Teil mit Ausgang in Schwachsinn.

Zurzeit sind in Pflege: 20 Idioten, 8 Paranoiker, 1 Dementia praecox, 1 Dementia postapoplektika.

Ein Wechsel der Kranken ist jetzt nur noch verhältnismäßig selten nötig.

Die Gründe, welche Zurücknahme in die Anstalt bedingten, waren: Erregungszustände, die aber nicht mit der Versetzung in die Familienpflege zusammenhingen, Unverträglichkeit, Widersetzlichkeit, zumal gegen die Frau, Neigung zur Unsauberkeit, die sich erst in der Pflege entwickelte oder wiederkehrte, Neigung zum Heranschleppen von fremdem Holz, Gras u. dergl., zum Wegdösen.

Die in Familienpflege gebliebenen Kranken haben sich fast alle in ihrem allgemeinen Verhalten gebessert. Eine Einwirkung in bezug auf Heilung der Geisteskrankheit war natürlich bei der Art unserer Kranken von der Familienpflege nicht zu erwarten. Es sind dagegen viele, die auf der Station seit Jahren versunken und untätig waren, in der Familienpflege munter geworden und helfen mit Eifer bei häuslichen, bei Hof-, Garten- und Landarbeiten der Pflegerfamilie.

Nur ganz kurz möchte ich hier zwei Fälle berühren.

Ein alter, schwachsinnig gewordener Paranoiker, den ich jahrelang vergeblich aus seiner Versunkenheit zu einer ersprießlichen Tätigkeit zu bringen versucht hatte, ist in der Familienpflege ganz allmählich ein fleißiger Arbeiter geworden, er hilft in Haus und Hof und versorgt mit Freude und Eifer das Kleinvieh. Im ganzen ist er still und für sich, hat auch seine alten Ideen, er läßt sich aber auf eine kurze Unterhaltung ein, zeigt erfreut sein Vieh, sieht frisch aus und ist gegen früher kaum wieder zu erkennen.

Ein anderer alter, schwachsinnig gewordener Paranoiker, der sich auf der Station nur mäßig betätigte, holt Kartoffeln aus dem Felde, besorgt die Küche und kocht allein.

Ähnliches sahen wir bei Idioten. Manche, denen man es nicht zugetraut hätte, haben sich, wenn auch sehr langsam, im Laufe der Zeit doch zum Beaufsichtigen und Fahren der Kinder, zum Besorgen und Hüten des Viehes, zum Holzmachen, Reinemachen u. dergl. anlernen lassen und machen von dem Erlernten mit Freuden Gebrauch.

Das körperliche Befinden der Kranken in der Familienpflege ist ein sehr gutes. In Betracht kommende Krankheiten traten nicht auf.

Das Körpergewicht der Kranken ist im wesentlichen das gleiche geblieben wie in der Anstalt. In einigen Fällen sank es zunächst, erhob sich dann aber ganz oder fast ganz wieder auf die frühere Höhe.

Die den Kranken gebotene Nahrung ist gut und reichlich.

Die meisten Kranken sind gern in Pflege und wünschen nicht in die Anstalt zurück. Einzelne haben sich sogar sehr an die Pflegerfamilien angeschlossen. Ein Teil steht der Frage mehr indifferent gegenüber. Manche Kranke weigerten sich, in Familienpflege im Pflegerdorf zu gehen, einige, weil sie eine Verschlechterung darin zu sehen glaubten, andere, weil sie der Ansicht waren, wenn sie in das Pfleger-

dorf könnten, könnten sie ebensogut nach Hause entlassen werden.

Der Wechsel der Pfleger im Pflegerdorf war in den ersten $1\frac{1}{2}$ Jahren erheblicher wie erwartet war. Fünf Pfleger gingen ab. Seit über zwei Jahren hat nur noch ein Wechsel stattgehabt, so daß sich auch hier, wie bei den Kranken, stabilere Verhältnisse entwickelt haben.

Zuerst wollten die Pfleger an die Familienpflege überhaupt nicht heran. Sie waren erst dazu zu bestimmen, als ihnen statt der zunächst in Aussicht genommenen 60 Pfennige pro Tag und Kranken für das erste Jahr mit Rücksicht auf das noch nicht bestellte Land 80 Pfennige gegeben wurden. Allmählich haben sie sich an die Familienpflege gewöhnt und jetzt sind fast alle für Familienpflege. Der Grad der persönlichen Wertschätzung ist dabei fast nur von den gebotenen Vorteilen abhängig, vor allem von der mehr oder minder großen Hilfe, die die Kranken zu bieten vermögen.

Einige betonten mehr oder weniger abfällig die auch von uns festgestellten und noch zu erwähnenden Mängel.

Die Vergütung reicht nach Äußerung der Pfleger eben für Kost und Heizung aus.

Die meisten Pfleger erachten aber durch das gemeinsame Kochen die Führung des Haushaltes verbilligt, die anderen haben nach Angabe nicht weiter hierauf geachtet.

Durch die Anwesenheit der Kranken in der Familie fühlte sich angeblich keiner der Pfleger unangenehm berührt.

Von den zehn Pflegern essen sieben mittags und abends zu Hause, wozu sie mittags zirka $1\frac{1}{4}$ und abends zirka 1 Stunde dienstfrei haben.

Als Entschädigung für die Mittag- und Abendkost erhalten sie den dafür etatsmäßig vorgesehenen Betrag.

In Uchtspringe werden, wenn die Hauptmahlzeiten zu Hause genommen werden, für das Jahr 300 M. Kostentschädigung gewährt.

Die Pfleger sind ferner jede Nacht von $8\frac{3}{4}$ Uhr abends bis 5 Uhr morgens (Sommer) oder 6 Uhr (Winter) zu Hause. Jeden sechsten Tag haben sie von nachmittags 2 Uhr bis zum anderen Morgen 5 bezw. 6 Uhr Urlaub.

Nur drei von den zehn Pflegern essen nicht zu Hause wegen ihres Dienstes im Bewahrungshause. Aber auch diese können wenigstens jede zweite Nacht zu Hause sein und haben jeden fünften Tag von 2 Uhr nachmittags bis zum folgenden Morgen 5 bezw. 6 Uhr Urlaub.

Trotz dieser verhältnismäßig reichlichen Beurlaubung machte sich uns doch recht oft die Abwesenheit des Mannes von Hause für die Familienpflege unangenehm bemerkbar.

Schon bei der Auswahl der Kranken muß diesem Punkte Rechnung getragen werden. Durch die Abwesenheit des Mannes läßt in manchen Fällen die Anleitung zur Arbeit und Ordnung zu wünschen übrig. Der Mann hat an sich hierfür mehr Geschick und der Frau folgten auch manche Kranke weniger gut. Es kam zu Widersetzlichkeiten, vereinzelt schlugen auch Kranke nach der Frau.

Weiterhin ist die Arbeit, die der kleine Haushalt des Pflegers erfordert, auch wenn Kleinvieh vorhanden ist, nicht ausreichend.

In Uchtspringe hatte sich das auch herausgestellt. Durch vermehrte Zuteilung von Ackerland und durch Vergrößerung der Stallung sollte abgeholfen werden. Die unvermeidliche Abwesenheit des Mannes dürfte sich dann, wenn es sich nicht um ganz tadellose Kranke handelt, noch mehr geltend machen (mangelnde Leitung und Aufsicht).

Vor allem der Mangel an ausreichender Beschäftigung führte in einigen Fällen dazu, daß die Kranken auf der Straße herumstanden, sich herumtrieben und Zigarren u. dergl. zu erbetteln suchten.

Verschiedene Kranke, die in der Anstalt mit Mühe zu brauchbaren Garten- und Landarbeitern herangebildet waren, verlernten, ohne Neues zu lernen, diese Tätigkeit in der Familienpflege wieder, weil entsprechende regelmäßige Beschäftigung und Anleitung fehlte. Das Land wird fast nur zum Kartoffelbau benutzt, und die Gelegenheit zu Garten- und Landarbeit ist so besonders gering.

Beschäftigung der Familienpfleglinge in der Anstalt sahen die Pfleger im ganzen nicht gern. Gewöhnlich fehlte der Kranke gerade dann zu Hause, wenn er sich da hätte nützlich machen können. Auch die Beköstigung machte Schwierigkeit. Nur vorübergehend wurde von diesem Auskunftsmittel Gebrauch gemacht. Eine eigentliche Familienpflege ist das dann auch nicht mehr.

Mehrfach kam es vor, daß Kranke in guter Absicht aus dem nahen Wald und Feld Holz, Gras und Feldfrüchte nach Hause schleppten. Es führte das verschiedentlich zu Unannehmlichkeiten für Anstalt und Pfleger.

Nur in einem Falle hatten wir Verdacht, daß ein Kranker dazu angehalten war. Der Kranke wurde zurückgenommen, der Pfleger ging ab.

Ärger und Verdruß gab es, zumal bei den Frauen, wenn die Kranken aufgeregt, schmierig, unsauber

wurden, wenn sie nicht rechtzeitig zum Essen kamen und gesucht werden mußten.

Lästig wurde der zu Anfang häufige Wechsel der Kranken empfunden.

Schwierigkeiten entstanden mit dem Kochen, der Aufsicht und dem ganzen Betrieb, wenn die Pflegerfrau krank oder in Wochen war. Angehörige kamen oft nicht zu Hilfe. Die Arbeit und Hilfe mußte von anderen Pflegerfrauen, die selbst ihren Haushalt hatten, mit übernommen werden.

Eigentliche Entweichungen und besondere Unglücksfälle sind bis jetzt in der hiesigen Familienpflege erfreulicherweise nicht vorgekommen.

Nicht unerwähnt sei aber, daß ein sonst ganz harmloser Idiot, als ihn der kleine Sohn eines Pflegers neckte, plötzlich mit einem Holz den Jungen auf den Kopf schlug, so daß er bewußtlos wurde.

Der ärztliche Dienst war naturgemäß im Entwicklungsstadium der Familienpflege im Pflegerdorf ein sehr intensiver. Mit dem Eintritt stabilerer Verhältnisse erwiesen sich, wenn nicht besondere Anlässe eintraten, alle zwei bis drei Wochen stattfindende Visiten als ausreichend.

Nachfragen nach Kranken aus benachbarten Dörfern, die sich sehr wohl für Familienpflege eignen würden, liefen bis jetzt nicht ein. Aus Mangel an geeigneten Kranken wurde allerdings hierfür auch noch nicht Propaganda gemacht.

Ziehe ich nun aus den hiesigen Erfahrungen mit der Familienpflege Geisteskranker in den Familien von Irrenpflegern das Resultat, so ist zunächst zu erwähnen, daß sich mehr Kranke für Familienpflege eignen, wie man im allgemeinen anzunehmen geneigt ist. Probieren ist dabei nicht zu vermeiden.

Die geeignetsten Kranken sind Idioten, Paranoiker mit Ausgang in eine gewisse geistige Schwäche und andere Demenzformen leichteren Grades. Von den in Rekonvaleszenz befindlichen Kranken zeigte keiner Neigung für die Familienpflege, abgesehen davon, daß andere Gründe sie nicht geeignet erscheinen ließen. Ihr Streben war nach der eigenen Familie.

Für Anstalt, Pfleger und Kranke ergeben sich aus der Familienpflege Vorteile.

Der Vorteil für die Anstalt besteht in der Erhaltung eines seßhaften, tüchtigen Pflegerstammes. Von einer zu Buch schlagenden pekuniären Ersparnis oder von einer wesentlichen Entlastung der Anstalt kann man nicht sprechen.

Die Pfleger erhalten schöne, gesunde, billige Familienwohnung mit Stall und Land. Die Kranken sind eine Hilfe. Die Führung des Haushalts verbilligt sich etwas.

Eine Reihe von Geisteskranken wird bestimmt durch das Leben in der Familie günstig beeinflußt. Sie werden regsamer, tauen auf, kommen zu einer Tätigkeit, die sie lieb gewinnen, und fühlen sich wohler wie in der Anstalt.

Die Einrichtung hat aber auch nicht zu übersehende Schattenseiten.

Hier sei die Tatsache vorangestellt, daß der Hausherr infolge seines Dienstes meist von Hause abwesend sein muß, und daß es dadurch an der männlichen Autorität und Anleitung mangelt.

Der kleine Haushalt des Pflegers bietet des weiteren nicht ausreichende Arbeit.

Diese Momente sind gewiß nicht zu leicht zu werten. Sie sind es auch, die die Familienpflege bei Pflegern der Pflege bei dem kleinen und mittleren Bauern nachstehen lassen. Der trotzdem in eventl. Fällen durch die Familienpflege erzielte gute Einfluß auf den Zustand der Kranken möge sie indes mehr zurücktreten lassen.

Schwerer dürften die folgenden Punkte ins Gewicht fallen.

Dem Pfleger wie besonders seiner Frau legt die Familienpflege eine nicht zu gering anzuschlagende Verantwortung auf, sie bedingt eine nicht unerhebliche Mehrbelastung mit Arbeit und sie hat, wie wir sahen, eine Reihe von Verdrießlichkeiten, Unannehmlichkeiten und Ärger im Gefolge.

Auch bei sehr guten Pfleglingen wird sich das nie ganz vermeiden lassen.

Hierbei fragt es sich, ob die der Familie gebotenen Vorteile wirklich überwiegen.

Die einen Familien sind nun mehr, die anderen weniger empfindlich. Es tritt auch eine gewisse Gewöhnung ein, die in manchen Fällen leichter statt hat, wenn, wie nicht allzu selten, die Pflegerfrau früher Pflegerin war. So geben denn bei der großen Mehrzahl der Pfleger die Vorteile den Ausschlag für die Familienpflege.

Ihr guter Einfluß auf den Zustand vieler Kranken rechtfertigt ihre Empfehlung. Wo aber die Verhältnisse der Pfleger nicht darauf hinweisen, wird man sich immerhin fragen müssen, ob man nicht lieber von ihr absieht.

Mitteilungen.

— **Nürnberger Irrenhilfsverein.** Unter dem Vorsitz seines 1. Vorstands Herrn Magistr.-Rat Julius Forster hat am 15. Jan. die Hauptversammlung des Vereins zur Unterstützung Geisteserkrankter stattgefunden. Aus dem Jahresbericht, den der Schriftführer Herr Lehrer Johann Wagner erstattete, war zu entnehmen, daß der Verein auch heuer wieder auf einen recht günstigen Erfolg zurückblicken darf. Der Mitgliederstand betrug am Anfang des Vereinsjahres 8871, wovon im Laufe des Jahres 184 Personen ausgetreten oder gestorben sind; hingegen traten 438 Personen als neue Mitglieder bei, so daß der Verein am Schluß des Jahres 9125 Mitglieder zählt. Von diesen gehören 6943 der dritten und 2182 der zweiten Verpflegsklasse an. Der erweiterten Kinderversicherung, nach welcher alle diejenigen Kinder, welche geistig erkranken, auch über das 21. Lebensjahr hinaus bis zu ihrer Genesung bezw. ihrem Tod auf Kosten des Vereins verpflegt werden, sind 285 Ehepaare bisher beigetreten. An Gönnern, deren Beiträge zu Wohltätigkeitszwecken an Nichtmitglieder verwendet werden, zählt der Verein leider nur noch 49. An Krankenstand übernahm der Verein am 1. Januar 1908 20 Kranke in dritter Klasse und 5 Kranke in zweiter Klasse; abgegangen infolge Genesung sind 5 Kranke, zugegangen aber 8 Kranke, so daß am Schluß des Jahres 28 Kranke auf Kosten des Vereins zu verpflegen sind. Dieser überaus geringe Krankenstand sowie der erfreuliche Neuzugang an Mitgliedern hat ein stetes Wachsen des Vereinsvermögens im Gefolge, so daß der Verein ruhig in die Zukunft sehen kann. Die Gesamteinnahmen belaufen sich auf 39722 M., denen 20487 M. Ausgaben gegenüberstehen, so daß ein Überschuß von 19235 M. erzielt wurde, der zur Kapitalanlage verwendet wird. Das Vereinsvermögen beträgt zurzeit **224052 M.**, das teils in 4proz. Hypotheken, teils in Wertpapieren angelegt ist. Der Revisionsbericht, erstattet von Herrn Oberinspektor Nill, rühmt die mustergültige Kassa- und Buchführung des Schatzmeisters und beantragt Entlastung. Namens der Hauptversammlung wird durch den Vorsitzenden dem Schatzmeister Herrn Fabrikbesitzer und k. Handelsrichter Adolf Müller unter wärmster Dankeserstattung Entlastung erteilt. Gleichfalls dankte der Vorsitzende den beiden Rechnungsprüfern für ihre äußerst gewissenhafte und zeitraubende Arbeit. Die beiden Rechnungsprüfer, die Herren städt. Schulverwalter Wassermann und Oberinspektor Nill werden als solche einstimmig wiedergewählt. Ebenso werden die turnusmäßig ausscheidenden Aufsichtsräte, die Herren Magistrats- und Landrat Ammon, Kaufmann Ludwig Bayer, Hofrat und Oberarzt Dr. Beckh, Rechtsanwalt und Gem.-Koll.-Vorstand Bräutigam, Bankbeamter Endres, Marmorwerksbesitzer Stephan Funk, Hauptlehrer und Armenpflegschaftsrat Gebhard, Pfarrer Knorr, Nervenarzt Dr. Riegel, Arzt und Gem.-Bevollmächtigter Dr. Seiler, Telegraphenamtsdirektor a. D. Stölting, Fabrikbesitzer und Armenpflegschaftsrat Thäter und Kassierer Weidinger einstimmig wiedergewählt. Zum Schluß dankte Herr Magistratsrat Forster seinen Mitarbeitern in der Vorstandschaft sowie den Herren Aufsichtsräten für die tatkräftige Unterstützung, den städtischen und staatlichen Behörden für das stets bewiesene Wohlwollen, dann ganz besonders der Presse, die jederzeit in entgegenkommendster Weise die Vereinsbestrebungen unterstützt. Er schloß mit dem Wunsche, daß die segensreichen Einrichtungen des Vereins fernerhin noch größeren Kreisen bekannt werden möchten und daß der Verein, der nur auf die Stadt Nürnberg und dessen Amtsgerichtsbezirk seinen Wirkungskreis ausdehnt, auch andere Städte (in ganz Bayern existieren nur drei Vereine zur Unterstützung Geisteskranker) veranlasse, auf daß den Ärmsten der Armen und den Angehörigen derselben tatkräftigste Unterstützung zuteil werden könne. (Fränk. Kurier, 26. I. 09.)

— **Ein Trunksuchtsgesetz in Österreich.** Zur Bekämpfung der Trunksucht hat die österreichische Regierung einen Gesetzentwurf dem Parlamente unterbreitet, der durch gewerberechtliche, privatrechtliche und strafrechtliche Bestimmungen dem Alkoholmißbrauch entgegentreten will. Von den gewerberechtlichen Bestimmungen ist in erster Linie die Konzessionierung des Detailhandels wichtig, wonach jeder Ausschank von gebrannten geistigen Getränken und der Handel mit solchen in Mengen von weniger als fünf Litern nur durch solche Personen erfolgen darf, denen die gewerberechtliche Konzession verliehen ist. Eingeschränkt wird ferner der Verkauf von branntweinhaltigen Getränken durch Automaten. Von den privatrechtlichen Bestimmungen ist vor allem die Normierung der Unklagbarkeit von Zechforderungen zu nennen, die aus dem Trinken auf Borg herrühren. Während sich die privatrechtlichen Bestimmungen hauptsächlich gegen die Wirte und Detailhändler richten, wenden sich die Strafparagraphen hauptsächlich gegen die Trinker selbst. Nicht nur wird für den, der in der Trunkenheit eine strafbare Handlung begeht, strenger Arrest bis zu sechs Monaten vorgesehen, auch derjenige, der durch Trunkenheit eine Gefahr für das Leben, die Gesundheit oder die körperliche Sicherheit eines anderen herbeiführt, wird mit Arrest bis zu drei Monaten bedroht. Ferner wird der Trinker, der innerhalb eines halben Jahres wiederholt an einem öffentlichen Orte im Zustand offenbarer Trunkenheit angetroffen wird, mit Arrest von einem Tage bis zu vier Wochen bestraft. Die Wirte und Kleinhändler aber, die einem offenbar Betrunkenen geistige Getränke verabreichen oder die Verabreichung zulassen, sollen mit Arrest bis zu sechs Wochen bestraft werden. Auch auf die Umgehung der Bestimmung, die die Unklagbarkeit von Zechforderungen enthält, sind Strafen gesetzt, wodurch es z. B. ausgeschlossen werden soll, daß etwa Familienangehörige sich verpflichten, für die aus Borg entstandenen Zechschulden eines Trinkers aufzukommen. Die Bestimmungen der österreichischen Trunksuchtsnovelle werden damit begründet, daß sie im Interesse der öffentlichen Hygiene und Moral unabweislich erscheinen.

Referate.

— Über die künftige Ausgestaltung der Irrenfürsorge in Bayern. Von Dr. Rehm, München-Neufriedenheim. Sonderabdruck aus „Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 31. Jahrg., II. Augustheft, 1908. Neue Folge Bd. 19.

Während die von Kolb in seiner unlängst erschienenen Schrift aufgestellten Forderungen mehr oder minder noch als schöne Zukunftsmusik zu betrachten sind, steht Rehm auf etwas realerem Boden. Wenn er seine Forderungen in der Hauptsache für die speziell in Bayern einzurichtende Irrenfürsorge aufstellt, so können dieselben doch, selbst wenn man in Einzelheiten vielleicht abweichender Ansicht sein sollte, im allgemeinen auf Beachtung in weiterem Kreise Anspruch machen. In folgendem sollen nun aus diesem Grunde die Leitsätze Rehms etwas ausführlicher besprochen werden.

Seine erste Forderung, und dieser kann man nur zustimmen, ist die, daß in Bayern in den nächsten zehn Jahren auf 100000 Einwohner mindestens 300 Plätze für die Unterbringung von Geisteskranken in den öffentlichen und privaten Irren- und Pflegeanstalten bereitgestellt werden müßten. Befanden sich doch in England schon 1903 341 Kranke auf 100000 Einwohner in Anstaltspflege. 1906 befanden sich im Deutschen Reiche 191, in Preußen 193, in Berlin 228, in Hamburg 330, Kanton Zürich 435 und in Baden und der Schweiz, deren Verhältnisse den bayrischen ähnlich sind, schon 268 bezw. 313 Kranke auf 100000 Einwohner in Anstaltspflege, in Bayern erst 190. Weiter verlangt Verf., daß zur Ermöglichung der raschen Unterbringung und vorübergehenden Behandlung der Kranken in größeren Städten mit über 40000 Einwohnern Abteilungen an den Krankenhäusern unter psychiatrischer Leitung eingerichtet würden. Auch dieser Forderung kann man nur beipflichten. Es ist doch oft von größtem Interesse für die Patienten selbst wie für ihre Umgebung, daß sie möglichst rasch in sachgemäße Behandlung kommen. Natürlich sind diese Abteilungen und „Stadtasyle“ für länger dauernde Erkrankungsfälle nur als Durchgangsstation gedacht. Alle voraussichtlich länger dauernden Fälle sind alsbald an die Kreisirrenanstalten abzugeben. Um aber eine möglichst rasche Überführung an die Irrenanstalten selbst zu ermöglichen, bedarf es der Erfüllung zweier Forderungen. Erstens müssen die Anstalten mit einer genügenden Anzahl von Plätzen ausgerüstet und leicht erreichbar sein. Deshalb sollten derartige Anstalten an Eisenbahnknotenpunkten angelegt sein und nicht, wie dies jetzt noch vielfach der Fall ist, in möglichst abgelegenen Gegenden, wo das Terrain zwar billiger ist, die bauliche und wirtschaftliche Unterhaltung aber durch die infolge der Entfernung von größeren Verkehrszentren erhöhten Transport- und anderen Kosten recht bedeutend verteuert wird. Zweitens muß die Aufnahme selbst bedeutend erleichtert werden, wie dies in anderen Staaten schon z. T. der Fall ist. Die Aufnahme muß ohne Verzögerung allein auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses und des Antrags der nächsten Angehörigen erfolgen. Die Genehmigung durch die Regierung hat als überflüssige und, wenn sie Verzögerung verursacht, schädliche Formalität wegzufallen. Andererseits solle dem gegen seinen Willen aufgenommenen oder festgehaltenen Kranken das unbedingte Recht der Beschwerde zustehen. Zu diesem Zwecke müßten, so meint der Verf., Berufungs- bezw. Überwachungskommissionen als höhere Instanz eingesetzt werden. Eine derartige Kommission hätte aus einem Richter, einem Verwaltungsbeamten und einem Amtsarzt zu bestehen, welche nach Anhören der Anstaltsärzte über jede Beschwerde wegen ungerechtfertigter Zurückhaltung zu entscheiden hätten. Die Anzeige der Aufnahme an die Staatsanwaltschaft sei als nachteilig für die Kranken und ärgerniserregend bei den Angehörigen zu beseitigen. Bei den Privatirrenanstalten solle jede Aufnahme eines Geisteskranken der Aufsichtsbehörde angezeigt und von dieser auf Grund einer bezirksärztlichen Untersuchung genehmigt werden. In bezug auf Beschwerden sollten den Privatkranken dieselben Rechte zustehen wie den in staatlichen Anstalten untergebrachten Kranken. Ähnliche Kommissionen, wie die oben vom Verf. geforderten, bestehen schon heute in verschiedenen Staaten, wie Amerika, England, Belgien usw., doch sind die Urteile hierüber sehr widersprechende. Zum Beispiel gerade in Amerika sind die Ärzte von dieser Einrichtung nicht sehr entzückt, da nach deren Angaben auf diese Weise mindestens 15% der Kranken, die oft dringend der Anstaltsbehandlung bedürften, verloren gingen und nach kurzer Zeit wieder auf die Menschheit losgelassen würden. Es ist ja auch wohl verständlich, daß der Laie sehr häufig gar nicht imstande ist, wie dies z. B. bei einem bis auf seine Wahnideen sonst ganz geordneten eventl. dissimulierenden Paranoiker sehr leicht der Fall sein kann, die Krankheit richtig zu erkennen. So liegt dann die große Gefahr vor, daß das ärztliche Mitglied der Kommission, ganz abgesehen davon, daß der betr. Amtsarzt, wenn er nicht gerade Psychiater ist, doch ebenfalls selbst häufig kaum die genügende Erfahrung besitzen wird, um derartige oft recht schwierige Fälle richtig beurteilen zu können, überstimmt wird. Auch ist zu erwarten, daß mit der Einrichtung derartiger Kommissionen die Schreibarbeit bald ungemein anwachsen würde. Und ob das tiefeingewurzelte Mißtrauen des Publikums gegen die Irrenanstalten dadurch wirklich beseitigt würde, möchte ich stark bezweifeln. Die dritte Forderung Rehms gilt der Unterbringung der Idioten und Epileptiker. An die Stelle der in Bayern ausschließlich noch vorhandenen Laienpflege muß wie in andern Staaten die ärztliche Behandlung treten, und zwar soll hier den Kreisgemeinden die Sorge für die Unterbringung derartiger Kranker auferlegt werden. Zu diesem Zweck müßten den Kreisirrenanstalten besondere Abteilungen angegliedert werden. Ferner wären sämtliche Privatanstalten für Idioten, Epileptiker und Unheilbare der ständigen Aufsicht der nächsten Kreisirrenanstalt zu unterstellen. An allen größeren Pflegeanstalten mit 200 Kranken und darüber seien Irrenärzte als Hausärzte anzustellen. Auch an

den kleineren Anstalten wäre für eine regelmäßige ärztliche Behandlung zu sorgen. Ärzte und Leiter dieser Anstalten sind in besonderen Unterrichtskursen mit der Idiotenbehandlung vertraut zu machen.

Auch die geistig abnormen Kinder und Jugendlichen möchte Rehm, wie dies in anderen Staaten z. B. Preußen, Sachsen, Baden, Württemberg usw. bereits der Fall ist, unter psychiatrische Beobachtung gestellt wissen. In allen größeren Gemeinden sind Hilfsschulen unter der Aufsicht psychiatrisch vorgebildeter Schulärzte aufzustellen. Kriminelle und verwahrloste Jugendliche sollten auf jeden Fall, ehe sie der Fürsorgeerziehung übergeben werden, einer psychiatrischen Untersuchung unterzogen werden. Zu diesem Zweck müßten an Kliniken und Anstalten Beobachtungsstationen für Jugendliche etwa nach dem Beispiel von Frankfurt a. M. errichtet werden. Für Schwachsinnige wären staatliche Erziehungsanstalten nach dem Muster von Altendorf bei Chemnitz zu bauen. Die Zwangsanstalten und Rettungshäuser müßten, da es sich häufig um geistig abnorme Kinder handelt, unter die Kontrolle von Irrenärzten zu stellen sein.

Was die Fürsorge zur Heilung von Trinkern anlangt, verlangt Rehm offene Heilanstalten für freiwillig eintretende Kranke. Am besten blieben diese in organisatorischem Zusammenhang mit den Kreisirrenanstalten, jedoch räumlich von ihnen getrennt. Sind Mittel zur Errichtung selbständiger Anstalten vorhanden, so ist dies natürlich noch wünschenswerter. Die zwangsweise unterzubringenden und entmündigten Trinker gehören aber nach Ansicht des Verf. unbedingt in die Irrenanstalten selbst, event. wären da, wo sie störend werden könnten, für sie besondere Abteilungen zu errichten.

Von größtem Interesse für Staat, Kreis, Gemeinden, Versicherungsanstalten, Krankenkassen und Berufsgenossenschaften ist die Errichtung von Volksnervenheilstätten wie das Haus Schönow bei Berlin, Roderbirken im Rheinland und Rasenmühle bei Göttingen, und zwar würde wohl bei der großen Anzahl der Kranken für jeden Kreis eine Anstalt nötig sein. Ob diese Anstalten im Anschluß an Irrenanstalten oder als selbständige Institute zu errichten seien, hängt von den lokalen Verhältnissen ab. Vor allen Dingen ist von derartigen Anstalten, sollten sie wirklichen Wert erlangen wollen, zu verlangen, daß der Aufenthalt daselbst möglichst verbilligt werde, zumal es sich meist um Minderbemittelte und dabei um einen doch mehrere Monate dauernden Kuraufenthalt handelt. Von diesen Anstalten müßten aber Unfallkranke, wegen ihrer Neigung zu hetzen und andere Kranke zu irritieren, ferner Trinker, Epileptiker, Minderwertige und Geisteskranke ausgeschlossen bleiben. Verf. hätte vielleicht auch noch Tuberkulöse und mit andern ansteckenden Krankheiten Behaftete ausschließen dürfen. Weiterhin verlangt Rehm, daß an den Anstalten nach dem Beispiel von Uchtspringe poliklinische Sprechstunden für Nervenkranke abgehalten würden.

Eine vielumstrittene Frage betrifft die Unterbringung geisteskranker Verbrecher und verbrecherischer Irren. Rehm verlangt, daß der Staat die Untersuchungsgefangenen und geisteskranken Verbrecher für die Dauer ihrer Strafhaft in besonderen unter psychiatrischer Leitung stehenden Strafanstalten oder in Strafanstaltsadnexen unterbringen solle. Nach Ablauf ihrer Strafzeit sollen dann die geisteskranken Verbrecher den Irrenanstalten überwiesen und zu diesem Zweck besondere Verwahrhäuser gebaut werden. In diesen könnten dann auch die gefährlichen verbrecherischen Geisteskranken sowie einzelne besonders gefährliche, sonst unbescholtene Geisteskranke für die Dauer ihrer Gefährlichkeit untergebracht werden. Rehm ist nicht für die Errichtung von Zentralanstalten für geisteskranke Verbrecher, wie sie in Amerika und England schon bestehen, da diese Anstalten schon der gehäuften Gefährlichkeit wegen dann doch nichts anderes wie eine andere Art von Zuchthäusern würden, wobei mehr auf die Sicherheit als auf die Krankheit Rücksicht genommen werden müsse. Die Irrenanstalten würden wohl andererseits derartige Adnexe als zuchthausartige Gebilde bei den modernen Anschauungen über freie Behandlung erst recht als üble Beigabe empfinden.

Auch die kriminellen psychopathisch Minderwertigen, die oft zur größten Plage der Anstalt werden und auf ihre Mitkranken schwer demoralisierend einwirken, gehören nicht in die Irrenanstalten. Sie müßten in Zukunft vom Staat für die Dauer ihrer Gefährlichkeit in eigenen, unter psychiatrischer Leitung stehenden, vielleicht an die Korrektionshäuser anzuschließenden Anstalten untergebracht werden.

Weiterhin offenbart sich Rehm als eifriger Anhänger der Familienpflege, die eine bedeutende Entlastung der Anstalten und Verbilligung der Irrenpflege mit sich bringe. Man unterscheidet zwei Arten. Erstens die Familienpflege in Kolonien, die den Irrenanstalten angegliedert sind und von hier aus ärztlich versorgt werden, zweitens solche in besonders zu errichtenden Zentralen, die unter regelmäßiger ärztlicher Überwachung ständen, wozu sich in Bayern beispielsweise viele kleinere Städte eignen würden. In jedem Kreis könnten, wie er meint, auf diese Weise voraussichtlich mehrere Hundert Geisteskranke billig und gut verpflegt werden. Als Beispiele führt er die guten Erfolge an, die in den belgischen Dörfern Gheel und Lierneux, besonders aber in Schottland, wo 20% aller offiziell bekannten Geisteskranken sich in Familienpflege befinden, erzielt wurden. Auch in Frankreich, Holland, Dänemark, England und Italien ist die Familienpflege eingeführt. In Deutschland ist Uchtspringe durch Alt, der in Wort und Tat seit 1894 begeisterte Propaganda dafür machte, für die Familienpflege vorbildlich geworden. Zur Familienpflege eignen sich, wie Rehm meint, alle ruhigen, nicht störenden, ungefährlichen Kranken, zunächst alle Schwachsinnigen, alle abgelaufenen Fälle, ferner senil Demente, Paralytiker, solange sie nicht gebrechlich sind, Hysterische, auch leicht zirkuläre Formen. Am besten eigneten sich Schwachsinnige und Epileptiker, am wenigsten Trinker.

Wenn wir aber die Fürsorge für unsere Geisteskranken in vollkommener Weise durchführen wollen,

müssen wir auch noch weiter für die aus der Anstalt entlassenen Kranken sorgen. Hier müßten dann Hilfsvereine helfend einspringen, die mit Hilfe von über das ganze Land zerstreuten Vertrauensmännern die Vorurteile der Bevölkerung gegen die Kranken und die Anstalten zu beseitigen, den entlassenen Kranken behilflich zu sein und die Familien der Kranken, soweit sie bedürftig sind, zu unterstützen hätten. Nebenbei sollten diese Hilfsvereine den Anstalten die Gewinnung brauchbaren Pflegepersonals erleichtern und überhaupt zur Vermittlung zwischen Anstalten und Bevölkerung dienen. Für Bayern insbesondere verlangt Verf. die Gründung eines Landesvereins mit Kreissektionen unter Leitung der betr. Anstaltsdirektion.

Die Voraussetzung aber einer Irrenfürsorge im Großen, so meint Rehm, ist die Kenntnis, wieviel Geisteskranke überhaupt im Lande sind. Nach dem Vorbilde von England, wo jeder Geisteskranke im Lande gezählt, registriert und kontrolliert würde, müssen auch in Bayern, wo bis jetzt noch jede Statistik fehle, Mittel bewilligt werden, um eine genaue Statistik und Kontrolle führen zu können. Und zwar müssen diese Aufgaben den Irrenärzten bezw. den einzelnen Kreisirrenanstalten übertragen werden. Dann erst kann die Irrenpflege ganz andere Resultate erzielen, als es heute möglich ist.

Plesch-Hubertusburg.

— Leitfaden für Irrenpfleger von L. Scholz. VI. Auflage. Halle a. S., Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 1909. Preis 1,50 M.

Der preisgekrönte Leitfaden findet jetzt bereits in sechster Auflage die verdiente Verbreitung. Die früher recht kümmerlichen Abbildungen haben in der fünften Auflage eine erfreuliche Verbesserung erfahren, sind teilweise durch neue ersetzt und vermehrt. Immerhin ist dem Leitfaden eine noch weitere Entwicklung in dieser Richtung zu wünschen, damit er in bezug auf ein wichtiges Unterrichtsmittel ganz auf der Höhe der Zeit bleibt. Besonders der Verbesserung bedürftig erscheinen die Abbildungen 28 (Darmeingießung) und 41 (Anfassen eines gewalttätigen Kranken). Wie die betreffenden Situationen für den Lernenden leicht faßbar wiedergegeben werden können, zeigen die entsprechenden Abbildungen im Leitfaden von H. Schlöß. Mercklin.

— Die Willensfreiheit in moderner theologischer, psychiatrischer und juristischer Beleuchtung von Joh. Bresler. Halle a. S, Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 1908. 46 S.

B. erörtert in einem Vortrage das Problem der Willensfreiheit in engem Anschluß an die Wiedergabe der Anschauungen des Theologen Steinemann, der Psychiater Hoche und Ziehen und des Juristen v. Hippel. Ein längeres Vorwort bringt eine gründliche Abwehr gegen den Aufsatz des Oberstaatsanwalts Peterson in Hamm („Die Bedeutung der Sachverständigen", Deutsch. Juristenzeitung 1897), welcher völlig unbegründete Angriffe gegen die angeblichen Übergriffe der psychiatrischen Sachverständigen enthält. Mercklin.

— Prinzessin Lubomirska: Les préjugés sur la folie. Paris, Bloud, 1908. 87 S. 1,50 Fr.

Die ebenso geistreiche als warmfühlende Frau — mit Frau D. A. Marie schuf sie seit vier Jahren ein kleines, das erste Rekonvaleszentenheim für arme, entlassene Geisteskranke in Paris — hat als Laiin sehr viel in der großen Anstalt von Ville-juif bei Paris unter der Ägide von A. Marie Kranke scharf und gut beobachtet. In einer für eine Laiin ausgezeichneten Art und Weise bekämpft sie nun fünf Vorurteile bez. des Irrsinns: 1. seine übernatürliche Entstehung, 2. den äußeren Anblick der Irren, 3. die Ansteckungsgefahr, 4. die Unheilbarkeit und 5. die Gefahr des Irrsinns. Der berühmte Voisin ist mit dieser Arbeit sehr zufrieden gewesen und hat eine Vorrede dazu geschrieben. Näcke.

— Walter Fuchs: Zur Klinik der progressiven Paralyse. Repertorium der prakt. Medizin, 5. Jahrg., H. 8.

Sehr richtig bemerkt Verf., daß meist nur die Mutter bis zuletzt am Schicksal des P. hängt. Bei 52 männlichen P. fanden sich 38 mal „ernste Antisozialität". Einzelne Symptome, besonders die Kaufsucht, scheinen gern solitär zu bleiben. Es scheint auch bisweilen eine geistige Mehrleistung einzutreten, doch sah sie Verf. und Ref. nie. (Nietsche war wahrscheinlich kein Paralytiker, wie Moebius es wollte!) Näcke.

Personalnachrichten.

— **Hamburg.** Assistenzarzt Dr. Otto Ernst Burchard ist am 31. Januar 1909 aus dem Dienst der diesseitigen Anstalt getreten.

— **Posen.** Direktor Sanitätsrat Dr. Dluhosch in Kosten ist zum 1. April an die Prov.-Irrenanstalt in Obrawalde, Direktor Dr. Scholz in Obrawalde nach Kosten versetzt worden.

XVI. Internationaler Medizinischer Kongreß
(29. August bis 4. September 1909)

Die Leitung des XVI. internationalen medizinischen Kongresses erlaubt sich die Herren Referenten darauf aufmerksam zu machen, daß die Manuskripte der Referate bis zum 28. Februar, welches Datum nunmehr als der späteste Termin festgesetzt ist, an das Kongreßbureau, Budapest, VIII. Esterházy-Gasse 7, einzusenden sind.

Den Mitgliedsbeitrag von 25 Kronen österr.-ung. Währung wolle man mittels Postanweisung an den Schatzmeister des Kongresses, Herrn Prof Dr. Elischer (Budapest, VIII. Esterházy-Gasse 7) einsenden.

Die Firma **Dr. W. A. Sedlitzky**, Fabrik für patentierte Bade-Tabletten und Mutterlaugensalz in Hallein und Berchtesgaden, wurde vom k. k. österr. Ministerium für öffentliche Arbeiten mit einer **Staatspreismedaille** und dem Ausdruck besonderer Anerkennung ausgezeichnet.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 50. 1909.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Lublinitz (Schlesien).

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Provinzialheilanstalt Warstein i. W.

Infolge Erweiterung der Anstalt werden

2 Assistenzärzte

gesucht. Gehalt im 1. Jahre 1800, im 2. Jahre 2000, im 3. Jahre 2200 M. bei freier Station I. Klasse. Bei guter Bewährung im 4. Jahre feste, pensionsberechtigende Anstellung als

Abteilungsarzt

mit 3300 bis 5000 M. nebst Familienwohnung mit Garten oder Wohnungsgeld. Frühere ärztliche Tätigkeit kann auf die Assistentenzeit in weitgehendem Maße angerechnet werden. **Aerzte von entsprechender psychiatrischer Vorbildung können unter Umständen auch sofort als Abteilungsarzt angestellt werden.** Meldungen nebst Lebenslauf und Zeugnissen erbeten an den **Direktor Dr. Simon.**

An der Heilanstalt Dösen (Leipzig) ist die Stelle eines

Arztes

zu besetzen, der im ersten Jahre 1800 M. nebst freier Station, dann 2100 M. bezieht und bei Bewährung nach 3 Jahren in eine ständige Stelle aufrückt mit einem Gehalte von 3600 M. neben freier Familienwohnung, Heizung u. Beleuchtung, steigend alle 2 Jahre um 400 M. bis 7200 M. Bewerber werden gebeten, kurzen Lebenslauf, Approbationsschein und etwaige Zeugnisse zu senden an den **Anstaltsdirektor Obermedizinalrat Dr. Lehmann.**

Weitere Stellengesuche und -Angebote auf der dritten Umschlagseite.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr Nr 823.

Nr 50. 6. März. 19)9.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet, Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die psychiatrische Klinik der königl. Universität in Budapest.

Geschildert von Dr. *Ernst Emil Moravcsik*, o.-ö. Universitäts-Professor, Direktor der Klinik.

An der Budapester Universität haben wohl schon seit 1860 einzelne habilitierte Dozenten aus der Psychiatrie Vorträge gehalten, immerhin aber konnte dieser Zweig der medizinischen Wissenschaften, wie überall, nur langsam festen Fuß fassen. Der Lehrstuhl für Psychiatrie wurde an der Budapester Universität im Jahre 1882 systemisiert, als Karl Laufenauer zum außerordentlichen Professor ernannt wurde. Das Krankenmaterial der psychiatrischen Klinik bestand bis zu dieser Zeit aus der Irren-Beobachtungsabteilung des St. Rochus-, nach 1889 aus jener des St. Johannes-Spitales, während das histologische Laboratorium und Ordinationsräume für ambulante Kranke im Zentralgebäude der medizinischen Fakultät untergebracht wurden. Gelegentlich der Errichtung des Lehrstuhles für Psychiatrie bestand das Personal desselben aus einem Assistenten und aus einem Diener, und erst 1886 wurde die Stelle eines Assistenzarztes und 1894 jene eines zweiten Assistenten systemisiert. Später wurde Lau-

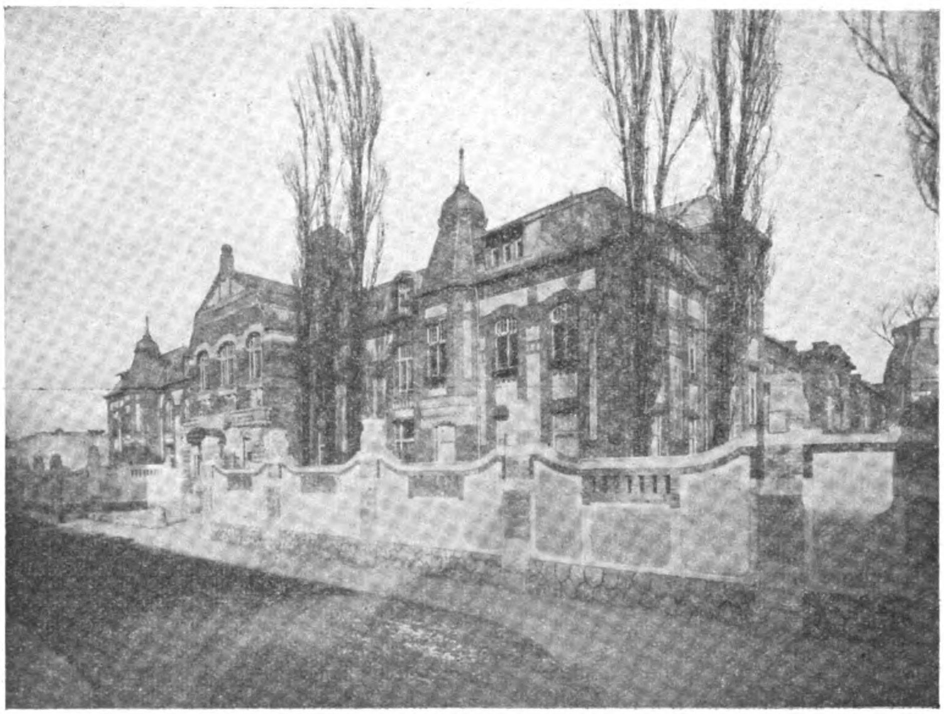


Abb. 1. Hauptansicht der Klinik.

fenauer noch ein Krankensaal für Nervenkranke in der ersten medizinischen Klinik zugewiesen, und hielt er danach nicht bloß Vorträge über Psychiatrie, sondern auch über Nervenkrankheiten. Laufenauer war bestrebt, das überaus wechselvolle und lehrreiche Krankenmaterial der hauptstädtischen Beobachtungsabteilung, in welcher die jährliche Zahl der Aufnahmen zwischen 450 und 800 schwankte, in je innigeren Kontakt mit der Universität zu stellen, und hat er unentwegt für sein Ziel gekämpft, daß nämlich die Hauptstadt eine allen modernen Anforderungen ent-

Zielen nur dann in erfolgreichster Weise ents… können wird, wenn er im Rahmen der U… eine selbständige und entsprechend einge… Klinik erhält. In diesen meinen Bestrebunge… mich sowohl das Professoren-Kollegium der m… nischen Fakultät als auch der um die Erricht… medizinischen Anstalten der Universität so h… diente Ministerialrat Dr. Ludwig v. Tóth in … drücklichster Weise unterstützt. Der Entsch… Kultus- und Unterrichtsministers Graf Albert Ap… daß auf dem Gebiete des seinen Zwecken …

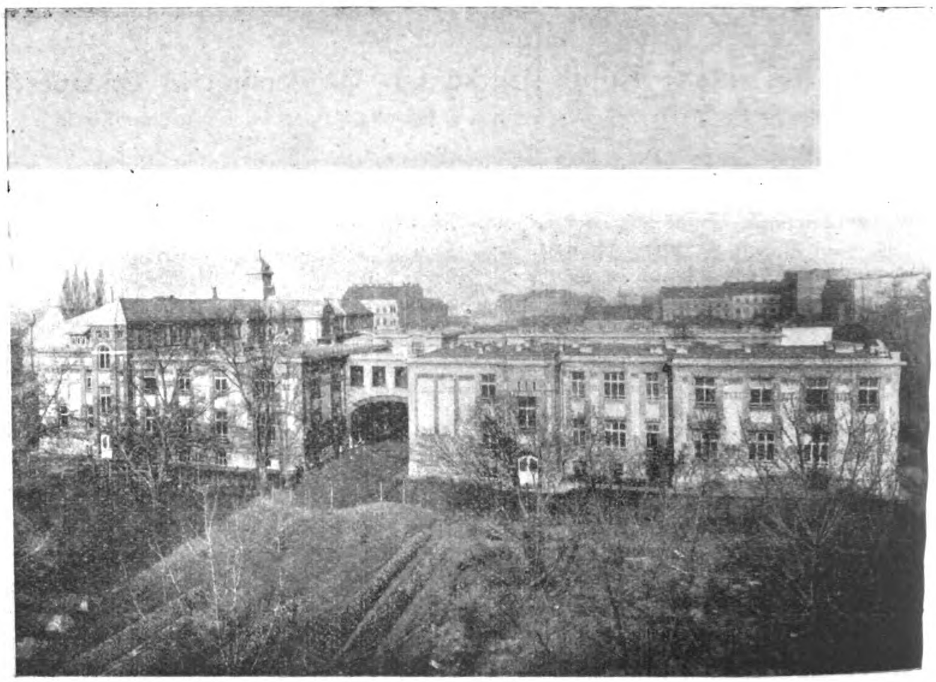


Abb. 2. Seitenansicht der Klinik.

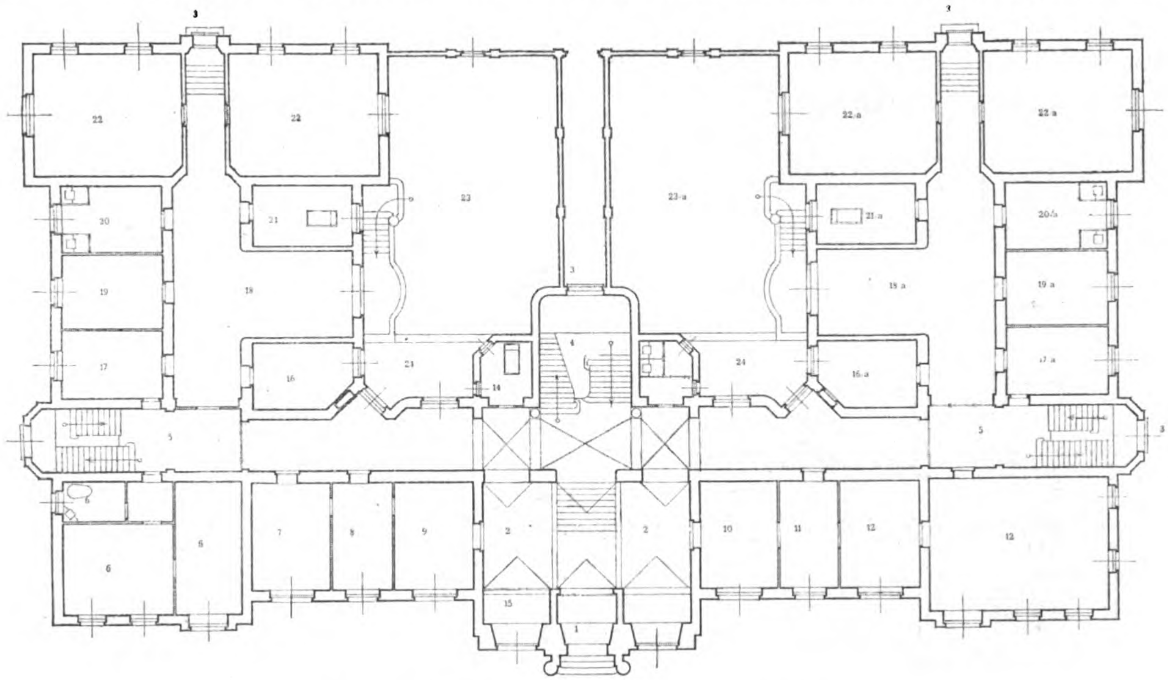
sprechende Irrenabteilung errichten möge, welche dann unter der Leitung des Universitätsprofessors gleichzeitig die psychiatrische Universitätsklinik bilden sollte. In der Durchführung dieses seines Planes verhinderte ihn sein am 27. April 1901 erfolgter Tod.

Als seinem Nachfolger fiel mir die Fortsetzung seiner begonnenen Arbeit anheim, und in der ersten Periode meiner Tätigkeit habe auch ich das Krankenmaterial der hauptstädtischen Beobachtungsabteilung zu Unterrichts- und klinischen Forschungszwecken benützt. Obwohl ich von seiten der maßgebenden hauptstädtischen Kreise, namentlich von seiten des Spitalsdirektors Dr. Andreas Ludvik die zuvorkommendste und bereitwilligste Unterstützung erfahren habe, gelangte ich bald zur Überzeugung, daß der Lehrstuhl seinen wissenschaftlichen und didaktischen

territorialen Gründen nicht mehr entsprechen… botanischen Gartens die vom Standpunkte des me… zinischen Unterrichtes unbedingt erforderliche zw… (äußere) Gruppe der Kliniken errichtet werde, … es ermöglicht, daß der Bau der psychiatrischen Kl… bereits im Herbste 1906 begonnen wurde, und … die Klinik am 1. November 1908 eröffnet wer… konnte.

Die psychiatrische Klinik wurde nach meinen An… weisungen von den Architekten Florian Korb … Koloman Giergl mit großer Ambition und viele… Wissen geplant, und ohne Hinzurechnung der Prome… nade- und Gartengrundstücke auf einem Territor… von 3936 Quadratmetern für 160 Kranke im Pavillon… systeme erbaut, und zwar in der Weise, daß … wissenschaftliche Forschung, für den Unterricht sow…

für eine rationelle, freiere Behandlungsweise der Kranken, namentlich aber für individualisierende Maßnahmen reichlich Raum und Gelegenheit geboten werde. Männliche und weibliche Kranke werden in der gleichen Zahl und selbstverständlich gut abgesondert untergebracht. Die Gesamtkosten des Baues und der Einrichtung betrugen 1 172 221 Kronen, so daß auf ein Bett 7325 Kr. 50 Hl. entfallen. Für welche, seitdem die Zeit der mechanischen Zwangsmaßnahmen verschwunden ist, nicht mehr vorkommen, keine eigentlichen Zellen errichten lassen, sondern den Anforderungen der Hygiene entsprechende Isolierräume, in welchen die unverträglichen, unreinen und jene Kranken untergebracht werden, welche selbst die Ruhe verlangen, oder welche wegen irgendeines körperlichen Leidens eine besondere Pflege erheischen.



Maßstab für alle Pläne

Abb. 3. Hauptgebäude und Abteilung für ruhige Kranke. Plan des Erdgeschosses.

1 Haupteingang. 2 Vorhalle. 3 Seiteneingänge. 4 Haupttreppe. 5 Treppe für das Personal. 6 Wohnung des I. Assistenten. 7 Bibliothek. 8 Hausapotheke. 9 Aufnahmskanzlei. 10 Ordinationszimmer für ambulante Kranke. 11 Behandlungszimmer für ambulante Kranke. 12 Chemisches Laboratorium. 13 Histologisches Laboratorium. 14 Badezimmer für neuaufgenommene Kranke. 15 Portierloge. 16, 16 a Abteilungswärter, resp. Wärterin. 17, 17 a Anrichteküche. 18, 18 a. Tageshallen. 19, 19 a Wärter, resp. Wärterin. 20, 20 a Waschraum und Klosett. 21, 21 a Badezimmer. 22, 22 a Schlafsäle. 23 Promenierhof für Männer. 23 a Promenierhof für Frauen. 24 Vertiefter Hof.

die wissenschaftliche Einrichtung wurden 50 000 Kr. präliminiert.

Ein jeder erfahrene und aufrichtige Psychiater wird und muß zugeben, daß bei der Verpflegung und Behandlung Geisteskranker jedwede Art von Zwangsmaßnahmen nicht vermieden werden kann, denn die Unterbringung in der Anstalt, das längere Verweilen in den Beruhigungsbädern, die Einpackungen erfolgen ja auch gegen den Willen der Kranken; immerhin war ich bestrebt, nach Möglichkeit alles zu vermeiden, was an die alten, zur Auslösung von Aufregungszuständen geeigneten Verfahren erinnert. Aus diesem Grunde habe ich für die sogenannten Tobenden, Ich vermeide tunlichst die schablonenhafte und maßlose Anwendung von hypnotischen und beruhigenden Mitteln, und erreiche die beruhigende Wirkung durch die in jedem Pavillon für unruhige Kranke eingerichteten Dauerbäder, durch Bettruhe und ausnahmsweise durch Einpackungen.

Nach Möglichkeit war ich bestrebt, den Kranken ein angenehmes Heim zu sichern, in welchem sie alles das finden können, was auf Geist, Gemüt und soziales Gefühl hebend einzuwirken imstande ist. Aus diesem Grunde haben wir die einzelnen Krankensäle und Korridore in angenehmen, weichen und harmonischen Farbtönen gehalten, die Fenster, Höfe und

Promenadenräume mit Blumen, Bäumen und Sträuchern geschmückt. Meine vieljährigen Erfahrungen haben mir erwiesen, daß die Geisteskranken mit besonderer Vorliebe die Blumen pflegen, sich mit denselben gerne zerstreuen und ihr Gedeihen mit liebevoller Freude verfolgen. Die Einrichtung der Krankensäle unterscheidet sich in nichts von jener anderer Kliniken. Außer den Betten befinden sich daselbst Nachttische, Tische und Stühle und Schränke zum Aufbewahren der Reinigungsutensilien (Gläser, Zahnbürsten, Kämme, Seife, Handtücher etc.). Ein besonderes Augenmerk habe ich auf die Zerstreuung und Beschäftigung der Kranken gerichtet, denn es ist ja allgemein bekannt, daß unsere Aufgabe mit der einfachen Internierung lange nicht erschöpft ist, und es muß noch reichlich darüber gesorgt werden, wie die Kranken die oft recht lange Zeit ihres Anstaltsaufenthaltes verbringen. Mit Rücksicht hierauf habe ich die Schlafzimmer von den Tagesräumen getrennt und für letztere geräumige, die gruppenweise Verteilung bequem zulassende Hallen bestimmt, wo auch die Kranken an hübsch gedeckten Tischen ihre Mahlzeiten einnehmen. Überdies stehen noch Nähmaschinen und Arbeitsräume zur Verfügung.

Bei den Plänen und dem Bau der psych[illegible] Klinik mußte auch den örtlichen Verhält[illegible] den gebundenen finanziellen Bedingungen R[illegible] getragen werden. Das zur Verfügung stehend[illegible] torium gestattete keine größere Ausbreitung. [illegible] Errichtung der Klinik an einem größeren, [illegible] Zentrum der Stadt entfernteren Bauplatze [illegible] nicht die Interessen des klinischen Unterrich[illegible] fährden, weil dieselbe sonst den stark besch[illegible] Medizinern nur schwer zugänglich gewesen [illegible] Andererseits aber wollte ich die psychiatrische K[illegible] gerade im Anschlusse an die übrigen Kliniken [illegible] richten, um zu beweisen, wie unhaltbar die [illegible] Vorurteile bezüglich der Geisteskranken sind. Da[illegible] aber, daß sich die psychiatrische Klinik inmitten [illegible] Stadt, sozusagen unter den Augen des großen P[illegible] kums befindet, und da ein Teil derselben fast a[illegible] Wohnhäuser stößt, konnte ich bei der Einrich[illegible] gewisse Maßregeln nicht vermeiden, welche an [illegible] freieren Platze und ferne von den Wohnungen [illegible] Bevölkerung gewiß überflüssig gewesen wären.

Bezüglich der Fenstergitter teile ich ganz [illegible] Standpunkt **Kraepelins**, und habe ich diese[illegible]

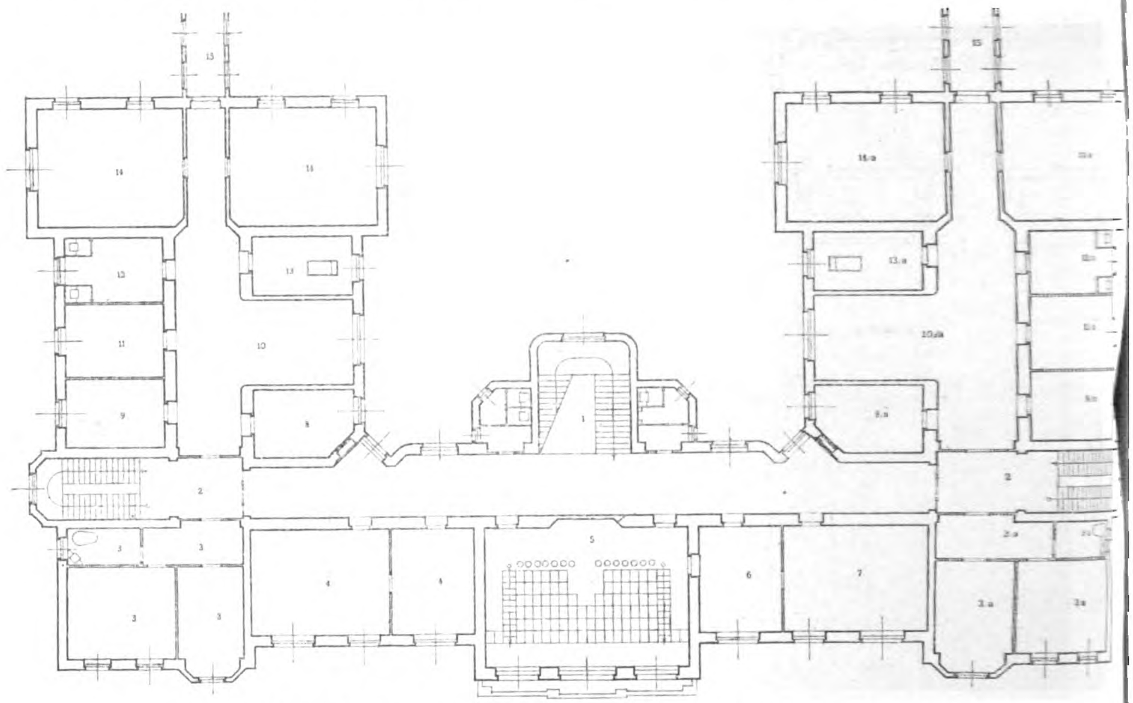


Abb. 4. Hauptgebäude und Abteilung für ruhige Kranke. Plan des ersten Stockwerkes.

1 Haupttreppe. 2 Treppe für das Personal. 3, 3 a Abgesonderte Zimmer mit Vorzimmer und Toilette. 4 Zimmer des [illegible] Professors. 5 Lehrsaal für Hörer. 6 Vorbereitungszimmer zum Lehrsaal. 7 Psychophysisches Laboratorium. 8, 8 a [illegible] resp. Oberwärterin. 9, 9 a Abgesonderte Zimmer. 10, 10 a Tageshallen. 11, 11 a Untersuchungszimmer. 12, 12 a [illegible] mit Klosett. 13, 13a Badezimmer. 14, 14 a Schlafsäle. 15 Verbindungskorridor zum Pavillon der Wachabteilung

deshalb in Form von Blumenkörben anbringen lassen. Wenn solche an den Fenstern von Privatwohnungen angebracht sein können, sehe ich nicht ein, warum sie in einer psychiatrischen Klinik verpönt sein sollen, um so mehr weil nicht bloß ich, sondern auch andere erfahren haben, daß manche Kranke unter dem Einflusse ihrer Angstgefühle selbst ein Zimmer mit vergitterten Fenstern verlangen.

Ein Hauptgrundsatz bei dem Baue der Klinik war, einer individualisierenden Behandlung einen größtmöglichen Spielraum zu belassen. Darum gestattet auch jeder Pavillon mehrere abgesonderte Gruppierungen, so wie solche gerade der individuellen Eigenheit und Krankheitsform entsprechen. Aus dem rückwärtigsten Teile der Wachabteilung, wo sich die Beruhigungs- und Dauerbäder sowie gesonderte Räume für Bettbehandlung befinden, gelangt der Kranke sukzessive in die gemeinsamen Säle, dann in das Erdgeschoß und später in das erste Stockwerk der Abteilung für ruhige Kranke, und schließlich als geheilt in die von den Krankensälen gänzlich abgesonderten Zimmer des Hauptgebäudes, welche den Übergang aus dem Milieu der Anstalt in das freie Leben bilden.

Auf jedem Stockwerke, sowie im Erdgeschoß eines jeden Pavillons stehen genügend Fayencebadezimmer, Waschräume und Klosetts zur Verfügung mit der entsprechenden Reinlichkeits- und Bequemlichkeitseinrichtung (Seife, Leintuch, Handtücher, Ruhebetten, Spiegel etc.); der Zu- und Ablauf des warmen und kalten Wassers erfolgt durch Hähne, welche in der Wand eingelassen, und durch Türen, welche nur von den Wärtern geöffnet werden können, abgesperrt sind. Die Schlafzimmer der nicht bettlägerigen Kranken sind tagsüber abgesperrt, und während dieser Zeit halten sich die Kranken in den geräumigen Tageshallen auf, welche mit Tischen, Stühlen, Spiegeln und Einrichtungen zur Zerstreuung versehen sind und die Möglichkeit bieten, daß sich die Kranken in kleinere Gruppen absondern können; aus den Tageshallen führen Türen in die für jeden Pavillon abgesonderten kleineren, mit Blumen und Sträuchern geschmückten und mit Gartentischen und Bänken versehenen Höfe, deren Zugangstüren in den Frühjahrs-, Sommer- und Herbstmonaten den ganzen Tag über geöffnet sind und auf diese Weise quasi eine Vergrößerung der Tageshallen bilden. Für größere Promenaden dienen die um die Pavillons herumziehenden parkierten und mit Bäumen bepflanzten Gebiete.

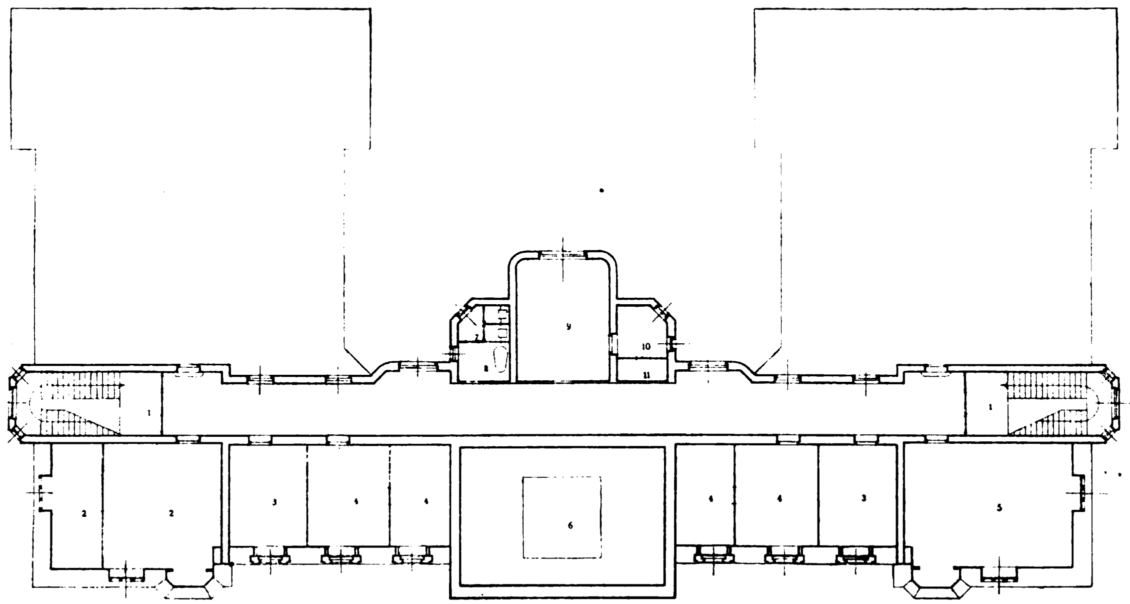


Abb. 5. Hauptgebäude. Plan des Mansardenstockwerkes.

1 Treppe für das Personal. 2 Speisezimmer für die Ärzte und Service. 3 Wohnzimmer der Assistenzärzte. 4 Wohnung der Assistenten. 5 Bibliothek und Lesesaal. 6 Oberer Teil des Lehrsaales. 7 Klosett. 8 Badezimmer. 9 Photographisches Atelier. 10 Photographisches Laboratorium. 11 Photographische Dunkelkammer.

In jedem Pavillon befinden sich: ein abgesondertes

ärztliches Untersuchungszimmer, Wohnräume der Ober- resp. Abteilungswärter sowie Zimmer für die Wärter, ferner Anrichteräume, Handdepots etc.

Die Klinik besteht aus vier Pavillons. Das Hauptgebäude hat folgende Form |____|. In der Front der Balassa-Gasse sind untergebracht die Räumlichkeiten für wissenschaftliche Untersuchungen (chemisches, histologisches und psychophysisches Laboratorium), für den Unterricht (Lehrsaal, Vorbereitungszimmer), für die Untersuchung und elektrische Behandlung ambulanter Kranker, ferner die Aufnahmezimmer, Hausapotheke und Bibliothek. Ebenda befindet sich im Parterre die aus zwei Zimmern, Vor- und Badezimmer bestehende Wohnung des ersten Assistenten, im ersten Stockwerk das Arbeits- und Empfangszimmer des Direktors, in der das zweite Stockwerk bildenden Mansarde je zwei Zimmer für den zweiten und dritten Assistenten, je ein Zimmer für die zwei Assistenzärzte, Speisezimmer der Ärzte, Bibliothek und Lesesaal, ferner das photographische Atelier, Badezimmer und Klosett der Ärzte. Im Souterrain sind untergebracht die hydrotherapeutischen Einrichtungen (gemeinsames Bassin, Duschen, Wannen, kohlensaure und elektrische Bäder, Ankleide- und Massierräume), ferner Wohnung des Portiers und der Diener, die Magazine, Säle für gewerbliche Arbeiten und die Totenkammer.

Das Tor des Hauptgebäudes führt im Erdgeschoß in eine geräumige Vorhalle, deren rechts und links befindliche erhöhtere Teile als Warteräume für die ambulanten Kranken resp. für die Angehörigen der aufzunehmenden Kranken dienen.

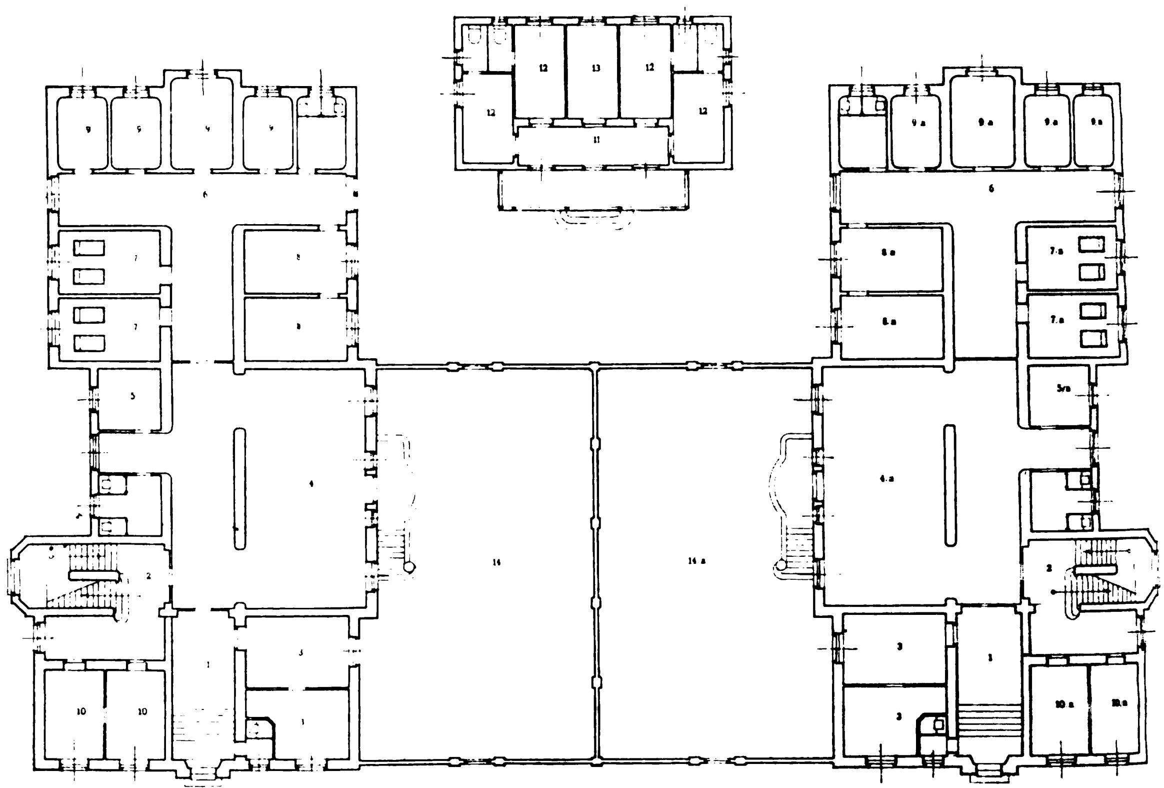


Abb. 6. Pavillone für unruhige (Wachabteilung) und Pavillon für Infektionskranke. Pläne der Erdgeschosse.

1 Eingang und Vorraum. 2 Haupttreppe. 3 Anrichteraum. 4, 4 a Tageshallen. 5, 5 a Ankleideraum für das Wärterper- 6 Verbindungskorridor. 7, 7 a Dauerbäder. 8, 8 a Wachabteilungen. 9, 9 a Isolierzimmer. 10, 10 a Wärter. 11 Vorr- 12 Krankenzimmer. 13. Wärter. 14 Promenierhof für Männer. 14, 14 a Promenierhof für Frauen.

In den beiden gegen den Garten ziehenden parallelen Flügeln des Hauptgebäudes sind die ruhigen männlichen resp. weiblichen Kranken untergebracht, und die entfernteren Pavillons, welche mit den ersteren durch schwebende Brücken in der Höhe des ersten Stockwerkes verbunden sind, dienen für die unruhigen Kranken. Die bloß im ersten Stockwerke durchgeführte Verbindung der Pavillons wurde deshalb gewählt, um einen größeren Promenadenraum um die Pavillons herum zu gewinnen.

Das im rückwärtigen Teile des ganzen Komplexes befindliche Parterregebäude dient zur Absonderung eventueller Infektionskranker.

Der im ersten Stockwerke des Hauptgebäudes befindliche Lehrsaal hat seitliche und obere Beleuchtung, und kann bei Anwendung des Projektionsapparates auf elektrischem Wege verfinstert werden.

Das Dach sämtlicher Gebäude hat Eisenbetonkonstruktion, welche überdies mit Holzzement, geteerter Pavillons verbunden. Ferner befindet sich im Zimmer des Professors und in der Portierloge je eine Sprechstelle des städtischen Fernsprechers. Aus den Krankensälen erfolgen direkte Signalisierungen in die Zimmer der Ober- resp. Abteilungswärter.

Der Fußboden der Wohn- und Krankenzimmer besteht teils aus Parketten, welche in Asphalt eingelassen sind, teils aus Doloment, diejenigen der Laboratorien und Korridore aus Keramit und Terrazzo.

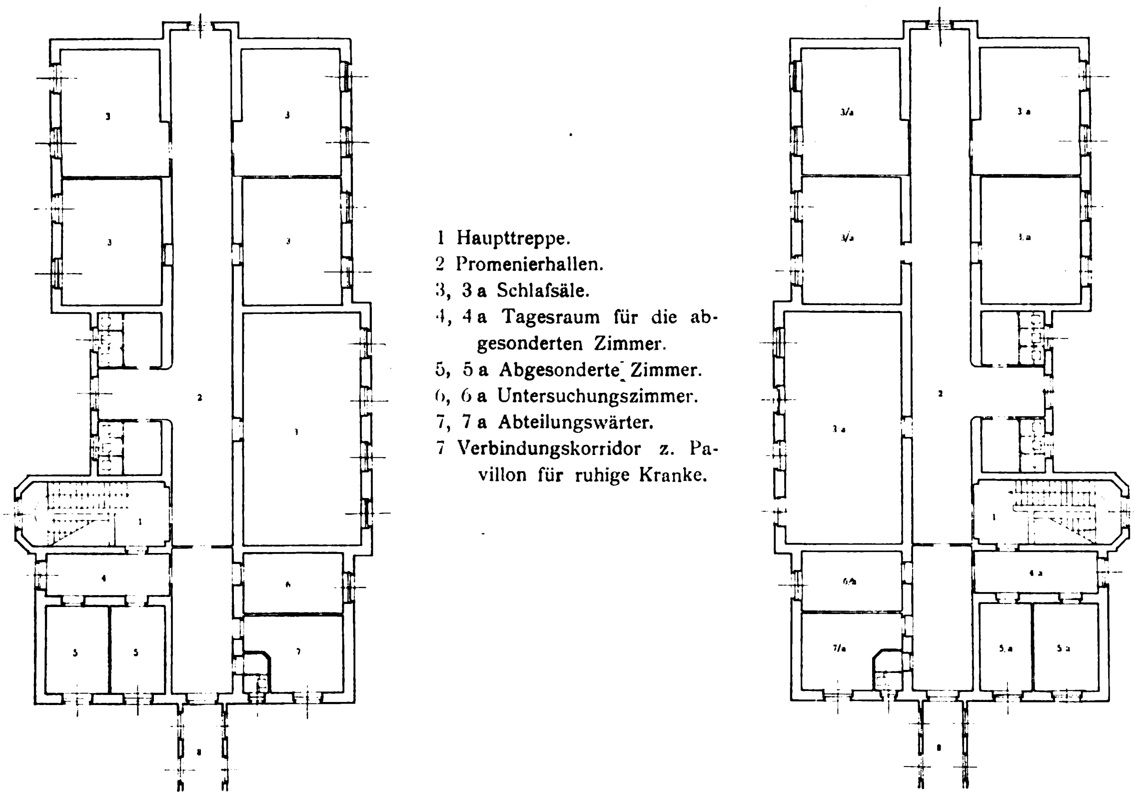


Abb. 7. Pavillone für unruhige Kranke (Wachabteilung). Plan des ersten Stockwerkes.

Pappe und Schotter, am Hauptgebäude mit Eternit-Schiefer gedeckt ist, wobei für den Ablauf des Regenwassers in die Abflußröhren genügend gesorgt ist. Die Beleuchtung ist elektrisch und dienen zu ihrer Regulierung Schaltapparate, welche in den Krankensälen und Korridoren in der Wand eingelassen und mit versperrbaren Türen abgeschlossen sind. Uhren und Kontrollapparate sind gleichfalls elektrisch betrieben.

Sämtliche Räumlichkeiten der Klinik sind durch ein Haustelephon verbunden, und ist die Zentralschaltstelle desselben in der Tagesloge des Portiers untergebracht. Der dirigierende Professor kann aber überallhin unmittelbar sprechen, und die Ärztezimmer sind durch direkte Leitungen mit den einzelnen

Die Heizung erfolgt mit Wasserdampf von niedrigem Druck, welcher vom gemeinsamen Maschinenhause der äußeren Kliniken geliefert wird. Gemeinsam ist ferner die Koch- und Waschküche.

Das ärztliche Personal besteht aus dem dirigierenden Professor, drei Assistenten und zwei Assistenzärzten. Das Wärterpersonal besteht aus zwei (1 männlicher, 1 weiblicher) Oberwärtern, vier (2 männlichen und 2 weiblichen) Abteilungswärtern und 32 Wärtern (16 Männer, 16 Frauen). Ferner sind angestellt 1 Portier, 3 Diener und 6 weibliche Dienstboten zu Reinigungsarbeiten. Neben freier Verpflegung beziehen die Oberwärter als monatliches Gehalt 70, die Abteilungswärter 50 und die gewöhnlichen Wärter 40 Kronen.

In der Klinik gibt es bloß eine Verpflegsklasse (derzeit 2 Kr. 70 H. pro Tag); die Aufnahme Geisteskranker erfolgt auf Grund des Zeugnisses eines in öffentlicher Anstellung befindlichen Arztes, die Nervenkranken werden auf Grund freiwilligen Eintrittes aufgenommen. Von der Aufnahme sogen. Extrakranker, d. h. solcher, welche ein größeres Verpflegsgeld bezahlen, habe ich deshalb Abstand genommen, weil dieselben durch Stellung größerer Anforderungen einerseits die Einheitlichkeit der Verpflegung und Unterbringung, andererseits aber die Verwendung zu didaktischen Zwecken hindern. Die abgesonderten Zimmer dienen bloß dazu, um eine Gruppierung nach Individualität und Krankheitsform zuzulassen. Kranke, welche sich zu didaktischen und wissenschaftlichen Zwecken besonders eignen, können unentgeltlich aufgenommen werden.

Die Situationspläne sowie Hauptansichten der Klinik sind in den Abbildungen dargestellt.

Mitteilungen.

— **7. Verbandstag der Hilfsschulen Deutschlands in Meiningen am 13., 14. und 15. April 1909.** In den ersten Tagen nach dem Osterfeste am 13., 14. und 15. April d. Js. findet in der thüringischen Residenz Meiningen der 7. Verbandstag der Hilfsschulen Deutschlands statt, nachdem auf dem letzten Verbandstage vor zwei Jahren in Charlottenburg von der Großherzoglichen Regierung und Meininger Stadtverwaltung herzlich dazu eingeladen worden war. Der Verband der Hilfsschulen Deutschlands, gegründet im Jahre 1898, hat sich die tatkräftige Förderung des Hilfsschulwesens in unserem Vaterlande zur Aufgabe gestellt und in den Verbandstagen, außerdem durch Fortbildungskurse, durch Schaffung eines Verbandsorgans, durch Gliederung in tätige Unterverbände, durch Bereicherung der Fachliteratur reges Leben entwickelt.

So wird auch der bevorstehende Meininger Verbandstag ein wichtiges Stück Arbeit leisten. Bedeutsame Aufgaben harren der Besprechung. Folgende Hauptpunkte stehen auf der Tagesordnung:

I. Vorversammlung am 13. April, nachmittags 4 Uhr. a) Was kann in kleinen Gemeinden geschehen, um den schwachbegabten Kindern in unterrichtlicher Beziehung zu helfen? Referent: Rektor Basedow-Hannover. b) Der Rechenunterricht auf der Mittel- und Oberstufe der Hilfsschule. Referent: Lehrer Schütze-Hamburg. c) Geschäftliches.

II. Hauptversammlung am 14. April, vormittags 9 Uhr. a) Der Arzt in der Hilfsschule. Referenten: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Leubuscher-Meiningen und Hilfsschullehrer Adam-Meiningen. b) Psychiatrie und Hilfsschule. Referent: Dr. Vogt-Frankfurt a. M. c) Der begriffliche Unterricht im Anschluß an Spaziergänge. Referent: Frl. Katharina Otto-Berlin.

Zum ersten Male findet auch in Verbindung mit der Tagung eine größere Ausstellung von Lehrmitteln aller Art für Hilfsschulen statt.

Namentlich das Referat über die Frage, wie den schwachbefähigten Kindern in kleineren Orten zu helfen ist, wird für die staatlichen und kommunalen Behörden von größtem Interesse sein. Mögen deshalb recht viele solcher Behörden, weiter Schulverwaltungen, Leiter und Lehrer von Schulen jeder Art, Juristen, Ärzte, Geistliche aller Konfessionen, überhaupt alle Persönlichkeiten, die von Interesse und Mitgefühl für die geistesschwachen Kinder erfüllt sind, durch Teilnahme an der Versammlung in Meiningen bezw. durch Entsendung von Delegierten zum Gelingen der Tagung und zur gedeihlichen Weiterentwicklung der Hilfsschul-Sache beitragen.

Anmeldungen zur Teilnahme am Verbandstage nimmt der 1. Schriftführer des Ortsausschusses, Herr Hilfsschullehrer Fritz Adam-Meiningen entgegen, der auch alle auf den Verbandstag bezüglichen Anfragen bereitwilligst beantworten wird.

— **Psychiatrische Abwehr.** Anläßlich der Untaten des — noch nicht einmal ergriffenen — Messerstechers in Berlin waren in der Presse (Nordhausen im „Tag") wiederum Angriffe gegen die Irrenärzte erfolgt. Sie erfahren eine geschickte und schneidige Abwehr durch Scholz-Obrawalde im „Tag" Ausgabe A Nr. 40 vom 17. Februar d. Js. („Wilde Männer. Eine Entgegnung"). Möge eine gleiche gründliche, öffentliche Entgegnung in allen ähnlichen Fällen zum System werden. M.

— **II. Jahresversammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte,** 3. und 4. Oktober 1908 in Heidelberg. (Referent: H. Haenel-Dresden.)

Nach Eröffnung der Versammlung durch Herrn Erb-Heidelberg und Verlesung einzelner geschäftlicher Mitteilungen (die Gesellschaft zählt zurzeit 309 Mitglieder) folgt das

I. Referat:

Die Stellung der Neurologie in der Wissenschaft und Forschung, in der Praxis und im medizinischen Unterricht. Von Herrn Oppenheim-Berlin, verlesen von Herrn v. Frankl-Hochwart, Wien.

Ref. verweist auf den Vortrag von Erb in Dresden und Baden-Baden über die Stellung der Neurologie als Spezial-Wissenschaft. Die Behandlung der Nervenkranken geschieht zum großen Teil durch praktische Ärzte, besonders in den ersten Stadien, deshalb ist es notwendig, daß dieselben auch in diesem Fache gründlich ausgebildet werden. Trotz oft vorzüglicher Leistungen kann man doch manche Fehler in dieser

Beziehung noch beobachten, die sich besonders auf folgenden Gebieten bewegen: 1. Organische Nerven-Erkrankungen werden oft mit funktionellen verwechselt. 2. Die rechtzeitige oder richtige Diagnose operierbarer Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen wird versäumt, besonders wegen ungenügender Beherrschung der neurologischen Untersuchungsmethoden. 3. Den großen Neurosen, Hysterie, Zwangsvorstellungen, Neurasthenie etc. wird nicht das genügende Verständnis entgegengebracht. 4. Der Wert systematischer Psycho-Therapie wird nicht genug geschätzt. Vom Nervenarzt ist zu fordern, daß er alle diese Fähigkeiten in vollstem Maße besitzt. Ob der Nervenarzt als Operateur tätig sein soll, ist heute noch zweifelhaft, abgesehen von kleinen Eingriffen, Punktionen etc.

Für den praktischen Arzt dürfte die innere und psychiatrische Klinik zur Ausbildung ausreichen, für den Nervenarzt fehlen bisher in Deutschland im allgemeinen die Gelegenheiten zu sachgemäßer Ausbildung, wie sie in Paris z. B. vorhanden sind. Wir brauchen Lehrstätten im Anschluß an Universitäts-Krankenhäuser mit klinischem und poliklinischem Betriebe. Auch in den allgemeinen Krankenhäusern sind schon im Interesse der Patienten besondere Nervenabteilungen zu fordern, womöglich mit Laboratorien und unter Leitung von Nervenärzten als Spezialisten.

Diskussion:

Erb unterstützt die Oppenheimschen Forderungen, die er als maßvoll bezeichnet und schon im Jahre 1880 selbst vertreten hat. Besonders der Untersuchung und Begutachtung von Unfall-Neurosen ist heute nur der Nervenarzt voll gewachsen, die Leitung einer Nervenklinik durch den inneren Kliniker im Nebenamte ist ungenügend, besonders da der Bedarf an Nervenärzten stark wächst.

v. Frankl-Hochwart: Eine besondere Aufgabe der Nervenkliniken würde die Unterweisung im Grenzgebiete abgeben (Uro-, Oto-, Ophthalmologie vom neurologischen Standpunkt).

Rothmann weist darauf hin, daß die Ausnützung des Materials besonders in Siechenhäusern einen Nervenarzt erfordert.

Schultze hält die Abtrennung von Nervenabteilungen im wesentlichen für eine Personenfrage. In der völligen Isolierung der Neurologie sieht er Nachteile, die Studenten werden überlastet, und die bisherigen Klinikleiter werden Widerspruch erheben und sich gegen eine Aufteilung der inneren Medizin in weitere Sonderfächer wehren. Dieselben Forderungen, die heute die Neurologie erhebt, können morgen für die Infektionskrankheiten geltend gemacht werden.

Auerbach schlägt vor, das Referat den Unterrichts-Verwaltungen und dem deutschen Städtetag zugänglich zu machen.

Erb unterstützt diesen Vorschlag und die Versammlung erhebt ihn zum Beschluß.

Vorträge:

1. Borchardt und Rothmann, Berlin: Über Echinokokken des Wirbelkanals.

2. Bruns-Hannover: Über Neuritis diabetica und alkoholodiabetica. B. hat im Jahre 1890 über drei Fälle von neuritischer Lähmung bei Diabetes berichtet, die das Gemeinsame hatten, daß sich Lähmung, Schmerzen und Hyperästhesien auf das Lumbalgebiet beschränkten (Nervus cruralis und obturatorius). Der Verlauf war ein besonderer: einseitiger Beginn, langsame Heilung, Übertritt auf die andere Seite, schließlich völlige Heilung. B. hat damals unter allem Vorbehalt die Meinung vertreten, daß der Lumbal-Typus der Neuritis für den Diabetes charakteristisch sei, doch könnten auch andere Nervengebiete befallen werden und Lumbal-Neuritis käme z. B. auch nach Diphtheritis vor. Jetzt hat B. im ganzen 23 Fälle von Neuritis diabetica gesehen, in fünf dieser Fälle war der Lumbal-Typus ausgeprägt, zwei zeigten diffuse Paraplegien, zwei doppelseitige Peroneus-Lähmung. Der Lumbal-Typus von Neuritis ist also eine charakteristische Form der diabetischen Neuritis, er kommt aber auch bei alkoholischer und senil-arteriosklerotischer Neuritis vor, die übrigen vierzehn Fälle waren solche von einfachen oder vielfachen Neuralgien, isolierter Neuritis einzelner Nerven und von Pseudotabes diabetica. In sechs der Fälle kam außer dem Diabetes auch Alkoholismus in Betracht, bei diesen war es schwer zu entscheiden, ob man nur den Diabetes oder den Alkohol oder beide beschuldigen sollte. Für die ausschlaggebende Bedeutung des Diabetes bei dieser gemischten Ursache kommt vielleicht in Betracht die absolute Beschränkung auf die Beine, das Fehlen psychischer Symptome und das Vorhandensein eines Ulcus plantare.

Diskussion.

Remak kann die vorliegende Lokalisation im Cruralisgebiet nicht zugeben; das Kniephänomen kommt und verschwindet oft in kurzen Zwischenräumen, nicht selten ist die diabetische Ischias. Die Prognose ist auch seiner Erfahrung nach gut.

Stark sah eine Crural-Neuralgie bei einem diabetischen Mechaniker, der viel an der Trittmaschine zu arbeiten hatte.

Friedmann hat nach einem kurzen Diabetes post mortem schwere Degeneration im Cruralisstamm mit Schwund von fast $^2/_3$ der Nervenfasern gesehen.

Bruns (Schlußwort).

3. Sänger-Hamburg: Über tabische Sehnerven-Atrophie. Zu unterscheiden sind primäre und sekundäre Atrophien. Bei der ersteren fällt der Beginn der Sehstörung mit der Atrophie zusammen, bei der letzteren geht die Sehstörung zeitlich voran. Die genuine Optikus-Atrophie kommt wohl nur bei Tabes vor. Er unterscheidet drei Formen des Gesichtsfeldes: 1. Abnahme der zentralen Sehschärfe mit Engerwerden der Farbenfelder, rascher Verlauf, keine entzündlichen Erscheinungen, deshalb Hg-Kur nicht angezeigt; 2. scharfe sektorenförmige Begrenzung der Defekte, charakteristisch für Tabes; 3. konzentrische Einengung bei guter zentraler Sehschärfe (degenerativer Prozeß mit Bindegewebs-Wucherung, keine Entzündung, obgleich die Peri-Neuritis das gleiche Gesichtsfeld liefern kann.) Allerdings kommen Fälle von Tabes mit echter Neuritis optica luetica vor.

Bei Lues ist der atrophische Prozeß stets sekundär

absteigend. Papillen-Veränderungen folgen der Sehstörung nach. Einseitiger Beginn des Prozesses spricht mehr für Neuritis. Hemianopische Defekte sind stets verdächtig auf Lues, während ein zentrales Skotom Tabes ausschließen läßt (Demonstration).

4. Frankl-Hochwart: Zur Kenntnis der traumatischen Konusläsionen.

5. Schweiger-Wien: Zosterähnliche Veränderungen der Spinalganglien bei Landryscher Paralyse.

6. Friedmann-Mannheim: Über einen Fall von gliomatöser Neubildung des Rückenmarks nach Trauma. 28jähriger Patient, der nach einer heftigen Muskelanstrengung mit Brustschmerzen erkrankte, die nach drei Wochen in eine Lähmung der unteren Körperhälfte und Anästhesie bis zur sechsten überging. Drei Jahre lang bis zum Tode blieb der Zustand unverändert. Anatomisch fand sich in der oberen Hälfte des Dorsalmarkes ein intramedulläres Sarkom, das die Randzone des Markes verschont hatte. Im Zentrum der Geschwulst fanden sich innerhalb einer mit Ventrikelepithel ausgekleideten Spalte Reste einer alten Blutung, im Halsmark setzte sich die Geschwulst als Gliom in die Hinterstränge fort, im unteren Dorsalmark bestand eine gliöse Höhle. Vortragender sieht die Blutung als das Primäre an und weist außerdem auf die Ähnlichkeit der Sarkomzellen mit den Zapfen hin, die man auch im gesunden Rückenmark in der Umgebung des Zentralkanals findet.

2. Sitzung.

Medea-Mailand: Poliomyelitis ant. subacuta und Sclerosis lat. amyotroph. (Mit Demonstration von Präparaten.)

II. Referat.

Die Diagnose der Syphilis bei Erkrankung des Zentral-Nervensystems mit besonderer Berücksichtigung a) der zytologischen und chemischen Ergebnisse der diagnostischen Lumbalpunktion; b) der serodiagnostischen Untersuchungen am Blut und an der Lumbalflüssigkeit, speziell bei Tabes und Paralyse.

a) Erb-Heidelberg. Die Zahl der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems ist eine sehr große und praktisch von hoher Wichtigkeit. Bei Tabes und Paralyse ist der statistische Nachweis stattgehabter Infektionen als gelungen zu bezeichnen, immerhin ist die Anamnese trügerisch und auch bei Fehlen objektiver Symptome Syphilis nicht ausgeschlossen. Man schließt heute auf frühere Syphilis hauptsächlich aus der besonderen Gruppierung der neurologischen Symptome, trotzdem sind Fehldiagnosen nicht selten, weil es pathognostische Merkmale für Syphilis am Nervensystem nicht gibt. Daher das Bedürfnis nach weiteren diagnostischen Merkmalen, die gefunden wurden 1. in der mikroskopischen und chemischen Untersuchung der Lumbalflüssigkeit, 2. in der Sero-Diagnostik, 3. vielleicht in der Untersuchung der Präzipitine. Die heutigen Referate sollen sich nur mit dem Nachweis der stattgehabten Infektion beschäftigen.

b) Nonne-Hamburg: Die Entdeckung der Spirochäten hat für die Diagnose der Syphilis des Nervensystems am Lebenden keine Bedeutung gewonnen (nur zweimal wurden bisher Spirochäten in der Lumbalflüssigkeit gefunden). Die Quecksilberbehandlung ist gelegentlich auch bei Tumoren und Hydrozephalus wirksam. Die reflektorische Pupillenstarre konnte er auch bei 5% seiner Alkoholisten konstatieren. Das Schwanken der Symptome kann ebenfalls nicht mehr als charakteristisch für Syphilis des C.-N.-S. gelten. Neue Wege eröffnete die Spinalpunktion. Der Druck der Flüssigkeit ist diagnostisch nicht zu verwerten, ebensowenig die Bestimmung des Gefrierpunktes und des elektrischen Leitungswiderstandes. Bedeutungsvoll ist dagegen die Untersuchung auf zellige Elemente: bei 90% der Patienten mit Syphilis des C.-N.-S. fand sich Pleozytose. Dieselbe kommt allerdings auch bei symptomlosen Luetikern in 40 bis 50% vor, ferner bei sekundärer Syphilis, bei Tumor, Apoplexie, multipler Sklerose, chronischem Alkoholismus. Nur starke Pleozytose weist also auf luetische Durchseuchung hin, wenn sonst die klinischen Symptome stimmen. Auch bei inkompleten Tabesfällen fehlt die Pleozytose nicht, ihre Quellen sind wahrscheinlich die Meningen.

Eine Vermehrung des Eiweißgehaltes kann der Pleozytose parallel gehen. Nachweis desselben am besten durch Schütteln mit kalter Ammoniumsulfat-Lösung bei Abwesenheit von Blut (sogen. Phase 1). Diese Reaktion war positiv bei Paralyse, Tabes, Lues cerebrospinalis, Lues congenita, selten bei Tumor, Abszeß, multipler Sklerose, fehlte bei Alkoholismus, Neurosen mit und ohne Lues.

Serodiagnostisch nach Wassermann hat N. 150 Fälle untersucht, im allgemeinen dieselben Resultate wie andere Autoren gehabt: Die Reaktion kann bei sicherer Syphilis fehlen, trat bei Tabes in 50%, bei Paralyse in 90% auf in der Spinalflüssigkeit, die Untersuchung des Blutes gab etwas höhere Zahlen: 100 resp. 70%. Die Wassermannsche Reaktion in der Spinalflüssigkeit ist etwas seltener als die Pleozytose und die Phase 1. Bei Lues cerebrospinalis war unter 16 Fällen zehnmal die Wassermannsche Reaktion negativ; differential-diagnostisch wichtig gegenüber Paralyse, wo sie in fast 100% positiv war. Ihr Fehlen im Spinalpunktat spricht also nicht gegen Syphilis.

Zusammenfassend kann man sagen: keine der vier Methoden (Pleozytose, Phase 1, Wassermannsche Reaktion in der Spinalflüssigkeit und im Blute) ist für sich allein beweisend. Jede einzelne ist am häufigsten bei syphilitischen Individuen. Ihre Kombination verstärkt den Verdacht, Fehlen aller vier macht Syphilis sehr unsicher, ein Zusammentreffen aller vier kommt nur bei Syphilis vor. Ein eindeutiger Einfluß der spezifischen Therapie war nicht festzustellen.

c) Wassermann-Berlin beginnt mit einer kurzen Darstellung der Komplement-Bindungs- und Präzipitin-Methode. Zuverlässig für die Diagnose der Syphilis ist nur die erstere. Ihr Ausgangsmaterial ist die Leber syphilitischer Föten. Sie wurde zuerst beim

Affen, dann beim Menschen geprüft, zuletzt erlaubte sie auch die Diagnose aus dem Serum allein ohne Kenntnis des Patienten. Ausschlaggebend für die Nachprüfung ist die richtige Technik. Die Reaktion fällt bei manifester Lues in über 90% der Fälle positiv aus, 8 bis 10% verhalten sich refraktär. Bei behandelten Fällen nimmt die Konstanz der Reaktion parallel mit der Intensität der Behandlung ab. Von den Paralytikern reagierten etwa 90%, von den Tabikern zirka 75% positiv, und zwar auch in der Lumbalflüssigkeit. Frei ist die letztere bei manifester Syphilis ohne neurologische Symptome; wenn sie positiv reagiert, so ist dies ein sicheres Zeichen für eine organisch-syphilitische Erkrankung des C.-N.-S. Die Wassermannsche Reaktion bestätigt also die luetische Natur der Tabes und Paralyse. In prophylaktischer Hinsicht ergibt sich vielleicht die Aussicht, daß Tabes und Paralyse verhütet werden kann, wenn die Syphilis so lange behandelt wird, bis die Reaktion im Blute negativ geworden ist.

Vorträge:

Apelt-Glotterbad: Untersuchungsergebnisse am Liquor von mit Trypanosomen infizierten Hunden. Bei gesunden Hunden fehlte in der Lumbalflüssigkeit sowohl Lymphozytose als auch die Globulin-Reaktion (Phase 1), vier bis fünf Wochen nach künstlicher Infektion der Versuchstiere mit Trypanosomen stellte sich sowohl Pleozytose ein als auch die Globulin-Reaktion, ein Anzeichen dafür, daß die Trypanosomiasis in eine gewisse Beziehung zur Syphilis und Metasyphilis zu setzen sein dürfte. (Fortsetzung folgt.)

Referate.

— Naum Kotik: Die Emanation der psychophysischen Energie. Wiesbaden 1908. J. F. Bergmann. 130 S.

Anfangs glaubt man hier bestimmt, auf den Boden phantastischer Spekulationen gestellt zu werden. Aber der Tenor ist so sachlich und nüchtern, daß man dem Autor (einem Arzte) ein Anrecht auf vorurteilsfreie Kritik einräumen muß.

Die hypothetischen Anschauungen Kotiks sind etwa folgende:

Das Gehirn gehört zu den radioaktiven Substanzen. Es birgt in sich die „psychophysische Energie". Letztere besteht aus „Gehirnstrahlen", die im Moment des Denkens ausgeschieden werden und deren Existenz Verf. durch Lichtreaktionen auf einem phosphoreszierenden Schirm nachgewiesen zu haben behauptet, und ferner aus dem „psychophysischen Element" = dem physischen Substrat des Gedankens, welches als „Emanation der psychophysischen Energie" nach Art der radioaktiven Emanation abgegeben wird. Dieses „psychophysische Element" ist durch ein „psychisches Agens" d. i. durch eine mediumistische Person nachweisbar. Zum Verständnis dieser Deduktionen ist das Lesen des Originales unerläßlich. Wie weit die Physiker mit den hier entwickelten Analogieschlüssen einverstanden sein werden, vermag ich nicht zu beurteilen. Sind sie richtig, so könnten sie von weittragender Bedeutung werden — ja, bei manch einem selbst eine Korrektur der Weltanschauung bedingen. Den Arzt werden aber weit mehr die Versuche des Autors interessieren, auf denen diese Hypothesen fußen.

Zuerst wird über telepathische Experimente berichtet. Alle erdenkbaren Vorsichtsmaßregeln werden angewendet, um jede Täuschung unmöglich zu machen. Die Jury bilden die skeptischen Ärzte der Odessaer inneren und der dortigen psychiatrischen Klinik. Perzipient ist ein neuropathisches 14 jähriges Mädchen, Agent deren Vater (wird später geisteskrank und suizidiert). Nimmt das Mädchen den Vater bei der Hand, so kann sie rasch Worte sprechen, die dem Vater von der anderen Seite zu lesen gegeben werden. Dies Experiment gelingt — obgleich etwas unsicherer — auch, wenn die beiden sich in getrennten Räumen befinden. Das Gelingen wird dann wieder ein sichereres, wenn die beiden in getrennten Räumen stehend durch ein Kupferdraht verbunden werden. Mit anderen Personen gelingt dieses Experiment nur, wenn der Agierende dem Vater und dieser wieder der Perzipientin die Hand reicht. Damit hält Kotik die Möglichkeit des Überganges von Gedanken einer Person in das Unterbewußtsein einer mediumistischen Person für erwiesen. In den folgenden Versuchen wird gezeigt, daß sich besonders Gesichtsvorstellungen und Gemütsbewegungen von einer Person auf eine andere ohne Vermittelung der äußeren Sinneswerkzeuge übertragen lassen. Auch hier wird der Übergang durch einen metallischen Leiter begünstigt. Hierbei fungiert ein 18 jähriges, gebildetes, nur wenig neuropathisches Mädchen mit mediumistischer Eigenschaft als Perzipientin. Dem Agenten werden Ansichtspostkarten gereicht, die er beschauen muß. Das Mädchen vermag dann den Inhalt der Ansichten und die dadurch beim Agenten ausgelösten Gemütsbewegungen in der Art der spiritistischen Medien aufzuzeichnen. In wieder anderen Versuchen zeigte dasselbe Mädchen die Fähigkeit, aus leeren Briefbogen, die „bedacht" wurden (der Agent muß Ansichtspostkarten betrachten, darauf auf einen leeren Briefbogen zwei bis drei Minuten blicken, dann den leeren „bedachten" Briefbogen in ein Kuvert stecken, welches der Perzipientin überreicht wird), Vorstellungen und Eindrücke anderer Personen wiederzugeben.

Verf. bemüht sich in seinen Ausführungen, die Erscheinungen der Telepathie und des Hellsehens von einem nüchternen, naturwissenschaftlichen Standpunkte aus zu verstehen und gegen spiritistische, abergläubische Phantastereien anzukämpfen. Er mag recht haben, wenn er in der à tout prix ablehnenden Haltung zünftiger Gelehrter gegenüber allen Experimenten mit mystischem Beigeschmack ein Hemmnis für wissenschaftliche Fortentwicklung erblickt. Jedenfalls gibt es eine Reihe durchaus ernst zu nehmender Ärzte und Naturforscher, welche die Möglichkeit der Telepathie von vorneherein nicht von der Hand weisen. Es liegt Ref. auch ganz fern, die Zuverlässigkeit und Ehrlichkeit des Verf. irgendwie in Zweifel zu

ziehen. Aber ein gewisser Skeptizismus drängt sich einem beim Lesen dieses Buches doch immer wieder auf.

Ob er zu beheben wäre, wenn man die Versuche sehen könnte — statt sie zu lesen?

Horstmann-Treptow a. Rega.

— Die Stellung der Psychopathologie zur Kunst. Ein Versuch von Dr. Heinrich Stadelmann. Mit acht Bilderbeilagen. München, Verlag R. Piper & Co. 1908.

Der durch seine geistvollen Darlegungen über das Wesen der Psychose rühmlichst bekannte Autor sucht in dem vorliegenden Buche das Genie zu charakterisieren und gegen die Psychopathie abzugrenzen.

Nach Stadelmann hat das Genie mit der pathologischen Seelenverfassung das gemein, daß die Gehirnanlage beidemal eine erhöhte Reizbarkeit und Ermüdbarkeit aufweist. Gegen die Zusammenfassung dieser konstitutionellen Eigentümlichkeiten unter den Begriff der „Ermüdungsanlage" seine Einwände vorzubringen, wird nur derjenige für erforderlich erachten, der das „Wort" so hoch bewertet, um die Geringfügigkeit in der sachlichen Differenz der Auffassungen darüber zu vergessen. Charakteristisch für das Genie betrachtet man ja allgemein eigentlich nur die erhöhte Reizbarkeit, die reaktive Ermüdbarkeit hingegen setzen wir teils als selbstverständlich voraus, teils kennen wir sie aus der Erfahrungstatsache des häufigen Umschlagens der genialen in die pathologische Geistesverfassung. Volkmann erklärt in seinem Lehrbuch der Psychologie: „Auf besonderer Klarheit, Schnelligkeit und leichter Beweglichkeit der freisteigenden Vorstellung beruht das, was man Genialität nennt." Nach Stadelmann ist die Tätigkeit des Genies Assoziation, während im Vorstellungskreise des psychopathischen Individuums die Dissoziation überwiegt. Daß bei der Geisteskrankheit eine Dissolution der psychischen Einzelexistenzen vorliegt, ist wohl nicht zu leugnen; bei der Hysterie sehen wir das nur periodisch oder intermittierend, bei anderen Seelenstörungen während der ganzen Dauer ihres Bestehens. „Solange als Werke entstehen in der Seele des Künstlers, kann von Psychose nicht die Rede sein," sagt nun Stadelmann. Von Werken, die merklich den Stempel des Genies an sich tragen, ist das natürlich der Fall; aber nicht alle Produkte des Genies halten sich leider auf dieser Höhe — ganz abgesehen von den von Stadelmann ganz besonders berücksichtigten und durch Zitate aus Dichtern und äußerst interessante malerische Reproduktionen erläuterten Fällen, in denen sich bereits psychopathische Elemente eingefügt haben. Das Genie unterscheidet sich ja nach Grillparzer von dem Talent weniger durch die Menge neuer Gedanken als dadurch, daß es sie fruchtbar macht und sie immer auf der rechten Stelle hat, mit einem Wort, daß bei ihm alles zum Ganzen wird, indes das Talent lauter, wenn auch schöne Teile hervorbringt. Das „Alles" in Grillparzer's Definition, der sich offenbar auch Stadelmann anschließt, scheint mir nun nicht cum grano salis zu nehmen. Interdum et dormit Homerus.

Zu Widersprüchen wird schließlich auch manchen die Klassifikation der gesunden Individuen in die von Stadelmann aufgestellten vier Typen veranlassen. Aber auch ohne sich in allen Details den Standpunkt des Autors zu eigen zu machen, wird man sich doch der Tatsache — auf die verschiedentlich sowohl von Rosenbach wie von mir hingewiesen worden ist — nicht verschließen können, daß die auf den ersten Blick isoliert und als Raritäten oder Kuriositäten dastehenden Faktoren rein pathologischer Natur sehr wichtig für die Erkenntnis physiologischer Vorgänge werden können, indem sie uns gewisse, normaliter wegen ihrer Geringfügigkeit und des Mangels an hinlänglich scharfen Prüfungsmethoden nicht nachweisbare Typen durch die Vergröberung und Vergrößerung ihrer Züge unverkennbar und demonstrabel machen.*)

Auch demjenigen aber, der sich nicht mit allen Einzelheiten der von Stadelmann vorgetragenen Auffassungen einverstanden zu erklären vermag, muß die Lektüre dieser Ausführungen und das Nachdenken über sie so viel Anregungen bieten, daß er das Werk ohne ein Gefühl der Dankbarkeit gegen den Verfasser nicht aus der Hand legen wird. Eschle.

— Hermann Feldmann, Beiträge zur Kasuistik der traumatischen Epilepsie. Inaugural-Dissertation, Berlin 1908.

Verf. berichtet über 14 Fälle von traumatischer Epilepsie, die in den Jahren 1892—1906 in der Bonner Heil- und Pflegeanstalt zur Beobachtung kamen. Diese 14 Fälle betrugen annähernd 6% sämtlicher in dem gleichen Zeitraum behandelter Fälle von Epilepsie. Die Länge der Zeit zwischen dem erlittenen Trauma und dem ersten epileptischen Anfalle schwankte zwischen zwei Tagen und sieben Jahren. Tomaschny-Treptow a. R.

*) Vergl. O. Rosenbach, Vorwort zu: Gremzow. Fr. C. Benecke als Vorläufer der pädagogischen Pathologie. Berlin 1898; und Eschle, Grundzüge der Psychiatrie. Urban & Schwarzenberg. Berlin und Wien 1907.

Personalnachrichten.

— **Schussenried.** Am 26. Januar hat Oberarzt Dr. Rühle einen dreimonatigen Urlaub zum Zweck wissenschaftlicher Arbeiten an der psychiatrischen Klinik in Tübingen angetreten. Seine Stellvertretung übernimmt Dr. Jentsch aus Obernigk in Schlesien.

Druckfehlerberichtigung.

In dem Aufsatz „Familienpflege Geisteskranker bei Irrenpflegern" in Nr. 49 ist auf Seite 420, Spalte 2 Zeile 21 von oben ein sinnentstellender Druckfehler. Statt „eventl" muß es heißen „**vielen**".

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Zehnter Jahrgang. Nr. 51. 1909.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Prof. Dr. **K. Alt**, Uchtspringe (Altmark). Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **G. Anton**, Halle. Direktor Dr. **Beyer**, Roderbirken bei Leichlingen. Prof. Dr. **Bleuler**, Zürich. Oberarzt Dr **Deiters**, Grafenberg. Staatsinspektor Dr. **van Deventer**, Amsterdam. Prof Dr. **L. Edinger**, Frankfurt a. M. Oberarzt Dr. **Falkenberg**, Herzberge (Berlin). Med.-Rat Dr. **Fischer**, Wiesloch (Baden). Hofrat Dr. **Friedländer**, Hohemark. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **A. Guttstadt**, Berlin. Direktor Dr. **Herting**, Galkhausen (Rheinland). Oberarzt Dr. **Ilberg**, Großschweidnitz (Sachsen). Direktor Dr. **Kluge**, Potsdam. Med.-Rat Dr. **Kreuser**, Winnenthal (Württemberg). Direktor Dr. **Lehmann**, Lindenhof. San.-Rat Dr. **Mercklin**, Treptow a. R. Prof Dr **Mingazzini**, Rom. Direktor Dr. **Morel**, Gand (Belgien) Direktor Dr **v. Olah**, Budapest. Prof Dr. **A. Pilcz**, (Wien). Direktor Dr **Ritti**, St. Maurice (Seine). Reg-Rat Dr. **H Schlöss**. Wien. Prof Dr. **Ernst Schultze**. Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer**, Giessen Reg-Rat Dr. **Starlinger**, Mauer-Öhling (Niederösterreich), Direktor Dr. **Urquhart**, Perth (Schottland). Direktor Dr. **Vocke**, Eglfing bei München. Prof. Dr. med. et phil. **W. Weygandt**, Hamburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**, Lublinitz (Schlesien).

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Provinzialheilanstalt Warstein i. W.

Infolge Erweiterung der Anstalt werden

2 Assistenzärzte

gesucht. Gehalt im 1. Jahre 1800, im 2. Jahre 2000, im 3. Jahre 2200 M. bei freier Station I. Klasse. Bei guter Bewährung im 4. Jahre feste, pensionsberechtigende Anstellung als

Abteilungsarzt

mit 3300 bis 5000 M. nebst Familienwohnung mit Garten oder Wohnungsgeld. Frühere ärztliche Tätigkeit kann auf die Assistentenzeit in weitgehendem Maße angerechnet werden. **Aerzte von entsprechender psychiatrischer Vorbildung können unter Umständen auch sofort als Abteilungsarzt angestellt werden.** Meldungen nebst Lebenslauf und Zeugnissen erbeten an den **Direktor Dr. Simon.**

An der **Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Weilmünster,** Reg.-Bez. Wiesbaden ist die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Anfangsgehalt 1900 M. steigend bis 2400 M. neben freier Station (Wohnung, Verpflegung, Heizung, Licht, Wäsche etc.). Da eine dritte Anstalt im Bau befindlich ist, sind die Aussichten auf baldige Beförderung zum Oberarzt nicht ungünstig. Bewerbungen mit Approbation an den Direkt. San.-R. Dr. **Lantzius-Beninga.**

An der **Fürstlich Lippischen Heil- und Pflege-Anstalt Lindenhaus zu Brake bei Lemgo** (Staatsirrenanstalt) ist die Stelle eines

Abteilungsarztes

bald zu besetzen. Die Anstellung erfolgt mit einem Anfangsgehalt von 2400 Mark neben freier Station I. Klasse. Das Gehalt steigt in Jahresstufen von 100 M. bis 4200 M. Im Falle der Verheiratung wird Familienwohnung mit Beheizung, Beleuchtung und Garten, sowie für die freie Beköstigung eine Jahresentschädigung von 720 M. gewährt. Eine im anderweitigen Anstaltsdienst zugebrachte Dienstzeit kann angerechnet werden. Psychiatrische Vorbildung ist erwünscht, aber nicht erforderlich. Meldungen mit Approbation, Zeugnissen und Lebenslauf erb. a. d. Dir. Dr. **Alter.**

Weitere Stellengesuche und -Angebote auf der dritten Umschlagseite.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 828.

Nr. 51. 13. März. **1909.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Internationales Institut zur Erforschung und Bekämpfung der Ursachen der Geisteskrankheiten.

Bei dem zweiten Internationalen Kongreß für Irrenpflege zu Mailand im Jahre 1906 stellte Dr. Ludwig Frank (Zürich) den Antrag auf Gründung eines Internationalen Instituts zur Erforschung und Bekämpfung der Ursachen der Geisteskrankheiten mit etwa folgender Begründung: Angesichts der erschreckenden Zunahme geistiger Erkrankungen, des hohen Prozentsatzes der unheilbaren unter den Geisteskranken, der wachsenden Steuerlasten für die Irrenpflege und der immer deutlicher hervortretenden Degeneration des Menschengeschlechts können wir Irrenärzte uns nicht bei der Aufgabe beruhigen, in wohlausgestatteten Anstalten nach den Regeln der Wissenschaft und den Geboten der Humanität Geisteskranke soweit möglich zu heilen und zu pflegen, während die größere und wichtigere Arbeit, die Vorbeugungsmittel zu erforschen, dem Zufall persönlicher Neigung Einzelner überlassen bleibt. Damit sollen selbstverständlich die in den letzten Jahren gemachten Fortschritte in der Ursachenlehre der Geisteskrankheiten nicht unterschätzt werden. Aber die Erforschung der Ursachen der Geisteskrankheiten und die Ermittelung der Wege zu ihrer Bekämpfung geschieht doch am besten unter organisiertem Zusammenwirken weiter Kreise von Fachmännern bei gleichzeitiger autoritativer und materieller Unterstützung dieser Arbeit durch die Regierungen.

Der weitschauende Plan Franks wurde von dem Kongreß nach lebhafter Diskussion mit sehr großer Majorität gutgeheißen und es wurde sofort ein internationales Komitee ernannt zur Organisation des Instituts und zur Gewinnung der Regierungen dafür.

Bald darauf übernahm der König von Italien in voller Würdigung des Projekts das ihm angebotene Protektorat über das Institut, und die italienische Regierung unterhandelte in ebenso dankenswerter wie erfolgreicher Weise mit den verschiedenen Staaten über die gemeinsame Förderung der Sache. Bei dem III. Internationalen Kongreß für Irrenpflege zu Wien im Oktober 1908 wurden die von Professor Tamburini (Rom) im Entwurf sorgfältigst vorbereiteten Statuten vorläufig festgesetzt und angenommen in der Fassung, wie sie hier weiter unten abgedruckt sind. Es hatten bei dieser Beratung bereits die Vertreter mehrerer Staaten mitgewirkt. Die Einberufung einer Konferenz von bevollmächtigten Delegierten der einzelnen Regierungen zur definitiven Organisation steht bevor.

Dieses Institut wird sich neben den bestehenden wissenschaftlich-philanthropischen internationalen Einrichtungen bald einen hervorragenden Platz erobern. Seine Entwicklung und sein Gedeihen liegt im Interesse der ganzen Menschheit. Wir wünschen ihm von Herzen, daß es in den Stand gesetzt werden möge, an der Erfüllung seiner Aufgaben im Sinne der genialen Idee seines Urhebers zu arbeiten. Die materielle Existenz des Instituts wird zwar zunächst hauptsächlich auf den Subventionen der Regierungen ruhen. Aber es steht zu hoffen, daß von begüterten Menschenfreunden dem Institut bald reiche Zuwendungen gemacht werden. Edle Opferfreudigkeit kann sich hier segensreich betätigen. Zeichnungen von Beiträgen und Anmeldungen von Stiftungssummen nimmt zur Übermittelung an das Institut für

Deutschland schon jetzt der unterzeichnete Redakteur der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift entgegen.

Die Frage des Sitzes des Instituts dürfte keine Schwierigkeiten bereiten. Wenn ich mir einen Vorschlag erlauben darf, so muß als besonders geeignet Zürich bezeichnet werden. Denn zentrale Lage ist Voraussetzung für den Ort eines derartigen Instituts, mit dem ja Gelehrte aller Länder bequem in Verbindung treten können sollen. Und der Schweiz fehlt es auch nicht an tüchtigen Psychiatern, aus denen geeignete Persönlichkeiten für die lokale Leitung des Internationalen Unternehmens gewählt werden könnten. Die Schweiz erfreut sich überdies einer ruhmreichen Tradition als Heimat und gewissenhafte Verwalterin von Internationalen Bureaus und Instituten, welche von Staaten zur Regelung und Führung gemeinsamer Angelegenheiten dort begründet wurden; es sei nur hingewiesen auf den Weltpostverein, die Internationale Konvention zum Schutz des gewerblichen Eigentums, die Internationale Union zum Schutz der Urheberrechte an Werken der Literatur und Kunst, das Zentralamt für den Internationalen Transport, den Internationalen Telegraphenverein, die Internationale Vereinigung für gesetzlichen Arbeiterschutz, endlich und vor allem aber die von dem Schweizer Philanthropen Dunant begründete Genfer Konvention.

Möge man die reiche Erfahrung, über welche die Schweiz in internationalen Angelegenheiten solcher Art bereits verfügt, auch dem Internationalen Institut zur Erforschung und Bekämpfung der Ursachen der Geisteskrankheiten zugute kommen lassen. Dann wird es sich sehr bald zur wissenschaftlichen Stätte ersten Ranges, zum Ziel für die besten Kräfte unter den Fachgelehrten entwickeln und der ganzen Menschheit Segen bringen.

Dr. Bresler.

Statuten, angenommen durch die internationale Kommission in den Sitzungen vom 6. und 9. Oktober 1908 in Wien.

1. Das internationale Institut zur Erforschung und Bekämpfung der Ursachen der Geisteskrankheiten, das in Mailand am internationalen Kongreß für Irrenpflege (September 1906) gegründet wurde, und dessen hohes Protektorat Se. Majestät der König von Italien anzunehmen geruhte, hat zum Zweck, die Erfahrungen in den verschiedenen Staaten zu sammeln und zu sichten, welche dazu dienen können, die Hauptursachen der Geisteskrankheiten und der Degeneration der Menschheit überhaupt festzustellen, sowie die individuellen Mittel, welche zu deren Verhütung, zur Volksaufklärung und zu gesetzgeberischen Maßnahmen am besten geeignet sind.

2. Das Institut erledigt seine Aufgabe:

a) Durch die Arbeit einer internationalen Kommission, die unter Leitung eines Vorstandes das ausführende Organ des Institutes ist,

b) durch die Mitwirkung der verschiedenen nationalen Komitees, die die gleichen Ziele haben und ständig mit dem Vorstand der internationalen Kommission in Verbindung stehen,

c) mittels der internationalen Kongresse zur Erforschung der Ursachen der Geisteskrankheiten und der Degeneration der Menschheit und ihrer Prophylaxe.

3. Die internationale Kommission setzt sich zusammen aus Fachmännern, welche von den internationalen Kongressen gewählt werden, und aus offiziellen Delegierten, welche die verschiedenen Regierungen ernennen.

4. Die Mitglieder der internationalen Kommission werden auf vier Jahre gewählt und sind wieder wählbar.

5. Jedes Land kann in der internationalen Kommission durch drei Mitglieder vertreten werden, inbegriffen die Delegierten der Regierungen.

6. Die internationale Kommission wählt aus ihrer Mitte den Vorstand, welcher aus dem Präsidenten, dem Vizepräsidenten, drei Mitgliedern und zwei Sekretären besteht, von denen einer das Amt des Quästors versieht. Das Bureau wird auf vier Jahre gewählt und kann wieder gewählt werden.

7. Die Vertreter von jedem Staate, welcher am Institut teilnimmt, werden beauftragt, in ihrem Lande nationale Komitees zur Erforschung und Verhütung der Geisteskrankheiten zu bilden. Mindestens einer dieser Vertreter muß Mitglied im Vorstande des betreffenden Landeskomitees sein.

8. Die nationalen Komitees sollen die Arbeit der internationalen Kommission und des Zentralvorstandes hauptsächlich dadurch unterstützen, daß sie alles statistische und klinische Material etc. sammeln, welches zur Erforschung der Ursachen der Degeneration im allgemeinen, sowie hauptsächlich der Geisteskrankheiten und der Mittel zu deren Verhütung beiträgt. Die Leitung eines jeden nationalen Komites hat

dafür zu sorgen, daß dieses Material mit dem Berichte der Delegierten über die Fortschritte in der Gesetzgebung und den in ihrem Lande ergriffenen prophylaktischen Maßregeln in regelmäßigen Zeitabschnitten dem Zentralvorstande zugestellt werde.

9. Die von der Regierung eines jeden Staates ernannten Delegierten werden sich bemühen, von ihrer Regierung das für die Arbeit des Instituts nötige Material sowie ihre moralische und finanzielle Unterstützung zu erhalten.

10. Die internationale Kommission wird einmal im Jahre zusammentreten, möglichst im Anschluß an die unter Art. 2 angeführten internationalen Kongresse.

11. Der Zentralvorstand tritt ebenfalls einmal im Jahre zusammen und zwar stets vor der Sitzung der internationalen Kommission.

12. Die Einberufung des Zentralvorstandes erfolgt durch den Präsidenten mittels des Sekretariates.

13. Der Zentralvorstand faßt Beschlüsse

a) über die ihm zugegangenen Forschungsresultate und die Vorschläge, die er von den verschiedenen Nationalkomitees und deren Delegierten empfangen hat,

b) über die den Komitees zur weiteren Forschung zuzustellenden Fragen,

c) über die Verteilung des eingegangenen wissenschaftlichen Materials unter die Mitglieder des Zentralvorstandes und über die Verwendung des Materials, und stellt Vorschläge für die internationale Kommission fest,

d) schließt die Jahresrechnung ab und entwirft das Budget für das kommende Jahr. Beide sind der internationalen Kommission zur Prüfung und Genehmigung vorzulegen,

e) sorgt für die Organisation und die Einberufung der internationalen Kongresse.

14. Die internationalen Kongresse finden alle zwei Jahre an dem durch den vorhergegangenen Kongreß bestimmten Orte statt, wenn möglich gleichzeitig mit den internationalen Kongressen für Irrenpflege.

15. Der Vorstand soll immer mit den wissenschaftlichen und humanitären Vereinen, welche ähnliche Zwecke verfolgen wie das Institut, sowie mit Personen, welche durch ihre Studien dem Institute nützlich sein können, in Verbindung stehen.

16. Der Vorstand besorgt die Veröffentlichung eines internationalen öffentlichen Bulletins, in welchem erscheinen:

a) die Berichte über die Sitzungen des Vorstandes und der internationalen Kommission;

b) die Berichte der internationalen Kongresse und Referate über Versammlungen, in denen Fragen behandelt wurden, welche für das Institut von Bedeutung sind;

c) die der internationalen Kommission vorgelegten Berichte;

d) die Gesetze und Verordnungen der verschiedenen Staaten, die mit den Zwecken des Institutes in Beziehung stehen;

e) die entsprechenden Gesetzesvorschläge der verschiedenen Regierungen an ihre Parlamente;

f) die in den verschiedenen Staaten nach einheitlichen Formularen gesammelten statistischen Berichte über den jeweiligen Stand der Geisteskrankheiten und die Berichte der Delegierten über die Fortschritte in der Gesetzgebung und der Prophylaxe in den verschiedenen Staaten;

g) die wissenschaftlichen Abhandlungen von allgemeinem Interesse, die Berichte, bibliographischen Angaben und alle Neuerungen, welche zu dem Zweck des Instituts in Beziehung stehen oder diesen zu fördern imstande sind.

17. Die Kommission wird sich unverzüglich alle Berichte und veröffentlichten Arbeiten der verschiedenen psychologischen, physiologischen, anthropologischen etc. Laboratorien verschaffen, um daraus alle diejenigen Arbeiten auszuwählen, welche sich auf Ursache und Verhütung der Geisteskrankheiten beziehen. Die Kommission wird für die Kosten der Publikation der von ihr ausgewählten Arbeiten im Bulletin aufkommen. Sie wird auch die Initiative zu neuen Forschungen über die Ursachen der Geisteskrankheiten in den zu diesem Zwecke subventionierten Kliniken und Laboratorien geben; sie wird auch so viel wie möglich individuelle Forschungen unterstützen.

18. Die Kommission wird besonders die von den verschiedenen Regierungen durch ihre Delegierten gemachten Vorschläge in Betracht ziehen.

19. Diejenigen Regierungen, welche durch ihre offiziellen Vertreter an dem Institut teilnehmen, werden eingeladen, einen jährlichen Beitrag an die Kosten seiner Tätigkeit und zur Herausgabe des offiziellen internationalen Berichtes zu leisten. Diese Zahlungen werden durch die verschiedenen Ministerien des Äußern an die Depositenkasse des Landes geleistet, das als Zentralsitz des Institutes gewählt wird, und werden nach Bedürfnis auf Weisung des Präsidenten der internationalen Kommission verwendet. Diese Zahlungen geschehen unabhängig von den Leistungen einer jeden Regierung an ihr National-Komitee.

20. Das Rechnungswesen des Institutes untersteht der Aufsicht und Kontrolle der Regierung desjenigen Staates, in welchem sich das Institut befinden wird.

21. Die Finanzen des Institutes können vermehrt werden durch Beiträge der Behörden oder durch solche von Privatpersonen, welche in edler Absicht die Verhütung der Geisteskrankheiten unterstützen wollen. Personen, Gesellschaften oder Behörden, welche einen Beitrag von mindestens 1000 Franks leisten, gelten als Gönner des Institutes.

22. Das Bulletin erscheint alle drei Monate und wird zugestellt

a) den dem Institute beigetretenen Regierungen;

b) den Mitgliedern der internationalen Kommission, welche einen jährlichen Beitrag von 20 Franks bezahlt haben;

c) den wissenschaftlichen Gesellschaften, Instituten, Bibliotheken und Privaten, welche denselben Beitrag leisten.

23. Die Berichte und Referate werden deutsch, französisch, englisch und italienisch erscheinen. Die Originalarbeiten werden in einer von diesen Sprachen erscheinen; ein Auszug davon wird in den übrigen Sprachen erscheinen. Die Mitteilungen werden in den vier Sprachen erscheinen.

24. Der Vorstand wird das nötige Personal für die Arbeiten des Institutes, die Korrespondenz, die Rechnungsführung etc., für die Veröffentlichung des Bulletins ernennen.

Dieses ständige Arbeitsbureau wird da amten, wo das Institut seinen Sitz haben wird.

Die Entwicklung der Familienpflege in Lublinitz.

Von Dr. *Kieserling*, Assistenzarzt der Anstalt.

Die Familienpflege Geisteskranker bestand in Deutschland schon länger als 100 Jahre, ohne daß sie eine wesentliche Ausdehnung gefunden hätte. Ein schnelleres Tempo ist erst um die Jahrhundertwende eingetreten und vor allem der lebhaften Agitation Alts zu verdanken, der nach dem Beispiel von Gheel in vorbildlicher Weise die Familienpflege in Sachsen einführte.*) Auch Brandenburg sowie Berlin mit seinen Anstalten muß genannt werden.**) Während unter den letzteren Dalldorf schon in den achtziger Jahren (Sander) die Familienpflege mit Erfolg eingeführt hat, fehlte sie in Brandenburg schon 1906 an keiner Anstalt. Für Schlesien fand die freie Verpflegung in Klinke einen warmen Fürsprecher***). Gegenwärtig (Ende 1908) genießen in unserer Heimatsprovinz 145 Kranke die Vorteile der familiären Verpflegung. Im nachfolgenden sollen die Erfahrungen mitgeteilt werden, welche bisher mit der Familienpflege an der Lublinitzer Anstalt gemacht worden sind, welche die meisten Pfleglinge in Familien untergebracht hat.

Als erster in Schlesien richtete Sioli im Jahre 1886 im Dorfe Looswitz bei Bunzlau von der dortigen Anstalt aus die Verpflegung in Familien ein und zwar zunächst mit vier Kranken. Daß 1888 schon dreißig Pfleglinge in der gleichen Weise untergebracht waren, spricht am besten für das gute Gelingen des Versuches. Auf diesem Punkte ist sie im wesentlichen stehengeblieben, am 20. Dezember 1908 betrug ihre Zahl 29.

16 Jahre lang stand Bunzlau vereinzelt da, ohne Nachahmung zu finden, bis es im Jahre 1902 der Anregung Klinkes gelang, in Brieg einen Versuch anzustellen, der sich als glücklich erwies.*) 1906 betrug die Zahl der Pfleglinge 40, jetzt 37. Im Jahre 1904 zum Direktor der hiesigen Anstalt berufen, hatte der Genannte die Freude, nun in leitender Stellung seine theoretischen Ausführungen von 1900 nach den in Brieg inzwischen gemachten Erfahrungen in die Praxis umzusetzen. Februar 1905 wurde der Anfang mit fünf Kranken gemacht (2 Männer und 3 Frauen). Nach Überwinden der ersten Schwierigkeiten wuchs ihre Zahl von Jahr zu Jahr.

Im März 1906	waren es	19	Kranke	(9 M. u. 10 Fr.)
„ „ 1907	„ „	27	„	(15 „ „ 12 „)
„ „ 1908	„ „	34	„	(20 „ „ 14 „)
Am 20.12.1908	„ „	50	„	(30 „ „ 20 „)

*) Die Zahl der Familienpfleglinge stieg dort in dem Jahrzehnt 1896—1906 von 2 auf 475 Köpfe: Die Weiterentwicklung der familiären Verpflegung der Kranksinnigen in Deutschland seit 1902. Referat, erstattet von Prof. Dr. Alt auf dem internationalen psychiatrischen Kongreß in Mailand am 26 September 1906.

**) Referat über den jetzigen Stand der familialen Pflege Geisteskranker, gehalten auf der Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte in Berlin am 22. April 1901 von Geh. Med.-Rat Dr. Moeli. Diese Wochenschrift, 3. Jahrg., Nr. 5.

***) „Über Familienpflege", Vortrag, gehalten auf der 79. Versammlung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte am 6. Dezember 1900 in Breslau von Oberarzt Dr. Klinke, Brieg. Diese Wochenschrift, 2. Jahrg., Nr. 43 und 44.

*) Zum Kapitel „Familienpflege", derselbe Verfasser. Diese Wochenschrift, 4. Jahrg., Nr. 31.

Zu erwähnen ist noch, daß nach Lublinitz auch Leubus im Juni 1905 mit 7 Kranken die Familienpflege einführte, welche jetzt 10 Köpfe umfaßt.

Außerdem sind an den schlesischen Anstalten in Kreuzburg, Plagwitz, Tost und Freiburg Pfleglinge bei Familien untergebracht. Die Verteilung des Bestandes Ende des Jahres 1908, am 20. Dezember, war folgende:

	Männer	Frauen	Summa
Lublinitz	30	20	50
Brieg	16	21	37
Bunzlau	21	8	29*)
Leubus	8	2	10
Kreuzburg	5	5	10
Plagwitz	0	4	4
Tost	1	2	3
Freiburg	0	2	2
Rybnik	—	—	—
Lüben	—	—	—

Gesamtzahl 145.

Im Jahre 1902 betrug ihre Zahl 33, 1906 nach den Erhebungen, die Alt für den Bericht auf dem Kongreß in Mailand angestellt hat, schon 107, während die Zunahme in den letzten Jahren für Schlesien nur eine geringe war.

Nach der klinischen Diagnose fanden sich die meisten und besten Familienpfleglinge auch bei uns unter den Idioten, sekundär Dementen, Schwachsinnigen, ruhigen Paranoikern sowie den chronischen Halluzinanten. Vereinzelt zeigen sich auch Epileptiker, senil Demente und Alkoholiker geeignet.

Die Mehrzahl der 50 Pfleglinge ist in Anbetracht der ärmlichen Bevölkerung in Pflegerfamilien untergebracht. In Familien, die in keinem dienstlichen Verhältnis zur Anstalt stehen, bei kleinen Bauern, befinden sich 14 Pfleglinge, sechs davon in dem 4 km entfernten Dorfe Lissowitz. Eine früher in Sodow, einem anderen Dorfe unweit Lublinitz, vorhandene Pflegestelle ging durch Wegziehen der Pflegerfamilie ein. Die größte Anzahl, welche einer Pflegerfamilie anvertraut ist, beträgt vier, meist jedoch, den Wohnungsverhältnissen Rechnung tragend, nur zwei. Diese Zahl empfiehlt sich nach unseren Erfahrungen am meisten, drei oder mehr miteinander harmonierende Kranke zu finden, ist nicht so oft möglich. Bett, Kleidung und Wäsche wird von der Anstalt geliefert, gereinigt und nötigenfalls ausgewechselt. Wöchentlich einmal kommen die Pfleglinge zum Baden in die Anstalt. Außer der Kontrolle bei dieser Gelegenheit werden sie monatlich mindestens einmal, im Anfang häufiger vom Arzt und auch vom Oberpflegerpersonal in ihren Wohnungen besucht. Monatliche Wägungen helfen die Kontrolle der Ernährungsweise vervollständigen. 18 Pfleglinge (10 Männer und 8 Frauen), die in der Nähe wohnen, kommen täglich vor- und nachmittags in die Anstalt, um in der Landwirtschaft, den verschiedenen Werkstätten und in der Wäscherei tätig zu sein. So trifft bei uns der Einwand, die Familienpflege entziehe dem Anstaltsbetriebe brauchbare Arbeiter, nicht zu.

Je nach der Mühe, die der Pflegling verursacht, oder der Arbeit, die er im Hause oder in der Wirtschaft leistet, wird der Pflegesatz festgesetzt, welcher zwischen 20 und 25 M.*) monatlich schwankt, also täglich 66 bis 83 Pf. beträgt, während die Landarmenverbände pro Kopf und Tag 1,30 M. einzahlen. Den monatlichen Ausgaben an Kostgeld, für die Männer 705 M., für die Frauen 482,50 M., stehen an Einnahmen 1950 M. gegenüber, so daß monatlich 762,50 M., im Jahre demnach 9150 M. gespart werden. Die Ersparnisse bei der Familienpflege sind, wie bekannt, ganz beträchtliche, der Vollständigkeit wegen noch folgendes: Bei Verpflegung der fünfzig Kranken in der Anstalt wäre allein für Beschaffung der Bettplätze eine einmalige Ausgabe von 100000 M. erforderlich, der Platz, wie bei den hiesigen Neubauten (zwei Häuser für je 180 Kranke: Unruhige, Halbruhige, Arbeiter und Sieche unter einem Dache vereint), nur zu 2000 M. gerechnet. Ferner müßte das Personal um vier Pfleger und zwei Pflegerinnen vermehrt werden. Deren Gehalt würde jährlich 2208 M. betragen (1728+280 M.) zuzüglich weiterer 2400 M., dem Werte von Bekleidung und Beköstigung. Insgesamt dürften so 4608 M. jährlich als gespart gelten. Als tatsächliche Ausgaben sind nur die Kosten für Kleidung, Bett und Wäsche der Pfleglinge in Rechnung zu stellen, sie können aber der Ersparnis gegenüber von zusammen 113758 M., von denen jährlich über 9000 M. bar eingehen, nicht ins Gewicht fallen. Leichter und auch vorteilhafter für die Kranken kann an keinem Posten des Etats gespart werden als durch möglichst weite Ausdehnung der Familienpflege!

In Lublinitz bestehen hierzu recht gute Aussichten, da noch zahlreiche Gesuche um Pfleglinge, Männer wie Frauen, vorliegen, die aber leider zurzeit aus Mangel an geeigneten Kranken nicht berücksichtigt werden können. Die lebhafte Nachfrage ist um so erfreulicher, als von vornherein kaum die hiesige

*) Nach einer Mitteilung von Direktor Neißer war die Zahl der Männer zufällig am Tage der Umfrage eine niedrige. Die Ausdehnung der weiblichen Familienpflege hat lediglich durch hygienische Rücksichten vorläufig Abbruch gelitten.

*) Eine Erhöhung auf 30 M. monatlich ist geplant.

ärmliche und mit polnischen Elementen durchsetzte Bevölkerung als sehr geeignet für die häusliche Pflege Geisteskranker angesehen werden konnte.

Für die Ausdehnung der Familienpflege im Berichtsjahre 1907/08 war es günstig, daß die sogen. Gorkenhäuser für Pflegerfamilien mit je zwei Kranken umgebaut wurden. Jetzt beabsichtigt die Provinzial-Verwaltung, Neubauten für verheiratete Pfleger zu errichten. Empfehlen würden sich dabei die von Klinke aufgestellten Gesichtspunkte: Die Häuser für zwei bis drei, höchstens vier Familien eingerichtet, keinesfalls größer. Verschiedene Typen mit Veranden oder Lauben und kleinen Gärten. Genügende Kellergelasse, ausreichender Boden mit Kammer, große Wohnküche. Jede Wohnung mit besonderem Eingang und Abschluß gegen die Treppe. Ersteres auch bei den Pfleglingszimmern; diese selbst behaglich für ein bis zwei, höchstens drei Kranke eingerichtet. Einzelne entsprechend kleinere Wohnungen mit Rücksicht auf Pfleger, die keine Lust haben, Kranke in Pflege zu nehmen. Nach den vorliegenden Plänen soll der Anfang mit einem Hause gemacht werden, das für drei Familien mit je drei Pfleglingen eingerichtet ist. Wie aus nebenstehenden Abbildungen ersichtlich, sollen zwei Wohnungen zu ebener Erde, die dritte im ersten Stock liegen. Die Pfleglingszimmer, direkt vom Flur aus zu betreten, haben reichlich Licht und genügenden Luftkubus. Schlaf- und Wohnabteil können mit leichter Mühe voneinander getrennt werden. Dieses Projekt erfüllt neben seiner Billigkeit, es ist auf 18000 M. veranschlagt, alle Anforderungen, die man an eine Wohnung für verheiratete Pfleger und Pfleglinge in bezug auf Hygiene, Bequemlichkeit und Stilart stellen kann. Da sich jährlich mehrere Pfleger ein Heim gründen, steht zu hoffen, daß in einem Jahrzehnt ein Pflegerdörfchen für bequeme Unterbringung von Pfleglingen sorgt.

Darüber, daß den Kranken die Vorteile der freiesten Verpflegung zuteil werden, wird ihre Beurlaubung resp. Entlassung durchaus nicht vergessen. Jährlich kehrt ein gewisser Prozentsatz nach ein- bis mehrmonatigem Aufenthalt in der Familienpflege nach der Heimat zurück, so im Berichtsjahr 1906/07 8 Männer und 2 Frauen, im Jahr darauf 3 Männer und 2 Frauen. Der Anstaltsaufenthalt zählte bei den meisten Kranken nach vielen Jahren, bei einem von ihnen über 20!

Aus dem reichen Material seien einige charakteristische Fälle herausgegriffen:

R., Handlanger, geboren am 3. März 1850, leidet an Idiotie, ruhig und zufrieden, freundlich. Mangels häuslicher Pflege seit 30. Juli 1885 in einem Ordensstift untergebracht. Hier am 25. Februar 1907 aufgenommen. Stumpf, körperlich rüstig, 16. März 1907 in Familienpflege, führt sich dort gut, durch kleine häusliche Verrichtungen nützlich. Am 1. Juni 1907 als nicht mehr anstaltspflegebedürftig unter Hinweis auf seine gute Führung in der Familienpflege in die Heimat entlassen.

Frau H., geboren 24. Oktober 1860, Anfang 95 während einer Gefängnisstrafe unter Erregungszuständen erkrankt. Schlaflos, unsauber. Nach Beobachtung in der Prov.-Anstalt zu B. am 8. Okt. 1895 Aufnahme in der Anstalt zu T., von dort am 20. Dez. 1895 hierher versetzt. Schwachsinnig, häufiger Stimmungswechsel, lebhafte Sinnestäuschungen, Wahnideen. Im Hause ein wenig tätig. Diagnose: Dementia paranoides. 1904 noch lebhafte Gesichtstäuschungen; 1905: Wahnideen treten mehr zurück, Stimmung gleichmäßiger. 16. Nov. 1905 in Familienpflege, gut eingelebt, im Hause tätig. Keinerlei Konflikte. 13. März 1907 gebessert beurlaubt, später entlassen.

Witwe H., geboren 30. Juni 1850, seit Januar 1894 Wahnvorstellungen erotischen Inhalts, Schlaflosigkeit, Selbstmordideen; seit 22. April 1895 in der Prov.-Anstalt zu L.; ängstlich erregt, verschlossen. 14. Januar 1896 hierher versetzt. Unverträglich; Beziehungswahn; Selbstgespräche; nachts lebhafte Visionen. Zeitweise aufgeregt, aber fleißig. Besorgt die Schweine, schimpft und schreit den ganzen Tag. 6. Februar 1905 in Familienpflege. Vom 2. Oktober bis 15. Nov. 1905 zurückgenommen, hat Pfleglinge bedroht. Von da bis 5. März 1907 von neuem in Familienpflege, sorgt rührend für ein Kind der Pflegeeltern. Als gebessert nach Hause entlassen.

Minna St., Dienstmädchen, geboren 22. Juni 1887, hereditär belastet, leidet an Imbezillität, seit 1890 auffallend. Nymphomanisch. Seit 1892 dieserhalb in einem Stift untergebracht; 16. Juli 1906 hier aufgenommen; erheblicher Schwachsinn. Beschäftigt sich in der Nähstube. 13. März bis 3. Mai 1907 in Familienpflege. Dort gut geführt, in keiner Weise auffällig; beurlaubt, später entlassen.

Wiederholt wurde die Beurlaubung überhaupt erst dadurch ermöglicht, daß die Angehörigen oder Gemeinden auf die gute Bewährung ihrer Kranken in der Familienpflege hingewiesen werden konnten. Einigemale wurde die Abholung mit dieser Motivierung erzwungen. Als sehr zweckmäßig zeigte sich die Einrichtung, daß bei ungünstigen häuslichen Verhältnissen den Beurlaubten eine monatliche Unterstützung von der Anstalt aus gewährt werden konnte. Den Schlesischen Hilfsverein für Geisteskranke ...

Beurlaubungen heranzuziehen, hindern leider noch die Statuten.*)

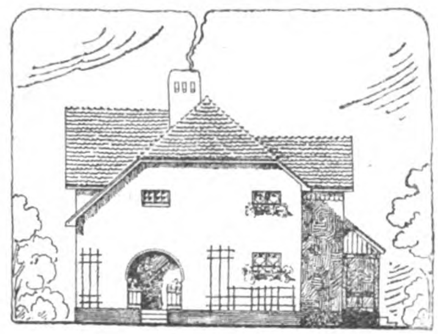
Im laufenden Berichtsjahr konnten bis zur Drucklegung dieser Zeilen vier Männer und neun Frauen aus der Familienpflege beurlaubt werden.

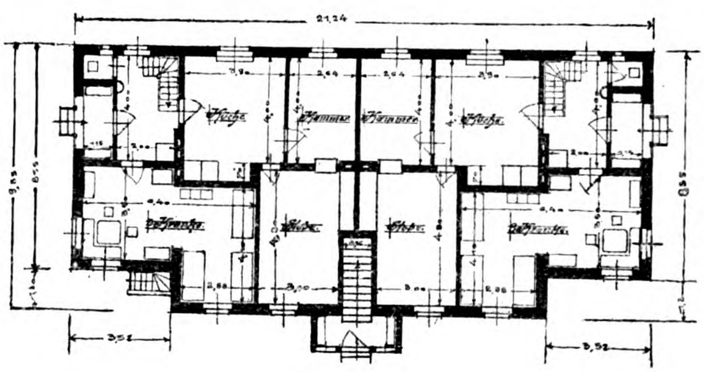
Naturgemäß ist der Weg der Beurlaubung nicht für alle Familienpfleglinge beschreitbar. Für viele stellt die Pflege im Zusammenhang mit der Anstalt eine Dauereinrichtung dar, sei es, daß häusliche Verhältnisse eine Rückkehr unmöglich machen oder unrätlich erscheinen lassen, oder aber die Gründe liegen in der Natur der Krankheit selbst.

Vorderansicht.

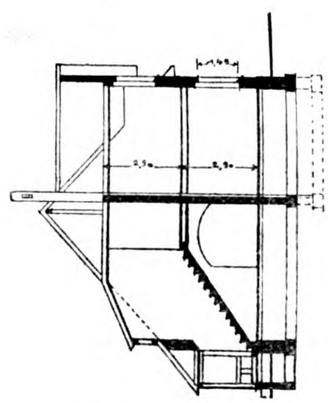


Seitenansicht.





Grundriß.



Querschnitt.

Als typisches Beispiel dafür, daß sich ein Kranker in der Familienpflege gut führt und regelmäßig arbeitet, während er zu Hause zu keiner Tätigkeit zu bewegen war und seiner Umgebung gefährlich wurde, folgender Fall:

Paul G., berufslos, geboren 12. Nov. 1889, als Kind schwächlich, seit 1902 verändert, lärmt und schimpft viel. Untätig. Klagen über Schwäche und Obstipation. Nach Behandlung in der Klinik vorübergehende Besserung. Dann wieder reizbar, mißhandelt die Eltern. Interesselos. 6. Sept. 1906 Aufnahme in die Anstalt; ist matt, obstipiert, klagt täglich über „Zwicken“ im Bauche. Nahrungsaufnahme regelrecht; zeitweise im Garten ein wenig tätig. November 1906 auf Antrag des Vaters beurlaubt, nach einigen Tagen zurückgebracht, da nichts mit ihm anzufangen sei. Hypochondrische Klagen unverändert. Auch ein zweiter Urlaub fand aus obigem Grunde einen schnellen Abschluß.

24. April 1907 in Familienpflege, gewöhnt sich dort an regelmäßige Tätigkeit, macht freieren Eindruck. Keinerlei Klagen mehr. 4. Aug. bis 2. Sept. beurlaubt; zurückgebracht, er gehe nicht mehr nach Hause.

6. September wieder in Familienpflege. Macht sich dort recht gut, hilft beim Kohlenhandel, achtet auf zwei Mitkranke.

14. Dez. 1907 geheilt entlassen.

12. Mai 1908 Wiederaufnahme. Seit Anfang März wieder sehr reizbar, gemeingefährlich: droht mit dem Messer, wirft Kinder mit großen Steinen; zur Arbeit nicht zu bewegen. In der Anstalt gleichgültig, zuerst dreist, geht regelmäßig zur Gartenarbeit.

3. Juli in Familienpflege. Dort zu drei Kindern sehr nett. Etwas träge, sonst nicht auffällig.

Seit 8. August mit kurzer Unterbrechung in anderer

*) Eine Statutenänderung würde, genügende Geldmittel vorausgesetzt, gerade bei den Beurlaubten ein weites und dankbares Arbeitsfeld finden.

Pflegestelle untergebracht. G. gibt bei sachgemäßer Behandlung und Aufsicht zu wesentlichen Klagen keinen Anlaß.

Natürlich geht es bei der Familienpflege nicht ganz ohne Schwierigkeiten ab, besonders im Anfang ihrer Einführung; aber auch später fehlt es nicht an kleinen Störungen. Hier und da ist ein Zurücknehmen in die Anstalt erforderlich; meist infolge von körperlichen Erkrankungen, seltener, weil der Geisteszustand sich verschlechterte. Ein passender Ersatz ist nicht immer im Augenblick zu finden, besonders bei lebhafter Krankenbewegung, wie z. B. im Berichtsjahr 1907/08, wo bei 232 Neuaufnahmen 357 Kranke in Abgang kamen, von denen allein 125 in andere Anstalten versetzt, mehr als 70 mit Erfolg beurlaubt wurden, während ein kleiner Teil mit Tod abging. Die geringe Mehrarbeit, welche die Familienpflege verursacht, wird reichlich durch die Gewißheit aufgewogen, daß die Kranken sich bei dem bescheidenen Maß von Freiheit wohler fühlen als innerhalb der Anstalt. Von Mißerfolgen blieben wir im ganzen verschont, eine Schwängerung ausgenommen. Bei den vereinzelten Entweichungen blieb es meist bei dem Versuch, die Kranken wurden bald aus der Umgebung zurückgebracht. Durch derartige Fälle darf man sich nicht irre machen lassen, das System trägt nicht die Schuld daran. Lassen sich doch selbst in der geschlossenen Anstalt Entweichungen nicht immer verhindern. Mißhandlungen durch die Pflegeeltern waren bisher nicht zu verzeichnen, ein Beweis für ihre gute Qualifikation.

Möchte das Gesagte einen kleinen Überblick über die hiesige Familienpflege gegeben haben. Die möglichst weite Ausdehnung der freien Verpflegung liegt aber nicht nur im Interesse der Kranken und dem der überfüllten Anstalten, sondern ist wesentlich auch im Interesse der gesamten Irrenfürsorge im weitesten Sinne des Wortes anzustreben, da sie besonders geeignet ist, die in letzter Zeit leider wieder schärfer hervorgetretenen Vorurteile gegen das Irrenwesen zu widerlegen.

Meinem hochverehrten Chef Herrn Direktor Klinke spreche ich auch an dieser Stelle für die Überlassung des Materials meinen besten Dank aus.

Mitteilungen.

— **Der XII. Internationale Kongreß gegen den Alkoholismus** wird unter dem Ehrenpräsidium des Feldmarschalls Herzog von Conought vom 18. bis 24. Juli d. Js. in London stattfinden. Die folgenden Redner haben bisher sich bereit erklärt, Vorträge zu übernehmen: Mrs. Bramwell Booth-London; Professor Clouston-Edinburg; Dr. Erno Deutsch-Budapest; Dr. Imri Doczi-Budapest; Generalsekretär J. Gonser-Berlin; Landesversicherungsrat Hansen-Kiel; Prof. Hercod-Lausanne; Dr. Holitscher-Karlsbad; Regierungsrat Kögler-Wien; Prof. Dr. Laitinen-Helsingfors; Direktor Dr. med. Legrain-Paris; Dr. H. W. Mott-London; Lehrer J. Petersen-Kiel; Miß A. W. Richardson, B. A.-London; Dr. Rivers-Cambridge; Dr. Phil. Stein-Budapest; Alli Trygg-Helenius-Helsingfors; Miß Cora Frances Stoddard-Boston (V.-St.-A.); Großkaufmann J. K. Vietor-Bremen; Sir T. P. Whittacker, M. P.-London; Prof. Dr. med. G. Sims Woodhead-Cambridge. Der Preis der Mitgliedskarte des Kongresses wurde für Ausländer einschl. des später auszugebenden stenographischen Berichts auf 5 M. festgesetzt. Anmeldungen sind an die Geschäftsstelle des Kongresses, 34, Paternoster Row, London, E. C. (Offices of the National Temperence League), zu richten; von dort wird auf Wunsch auch das ausführliche Programm übermittelt werden.

— **Der Montag und die Unfallstatistik**. Der große Einfluß, den der Alkoholmißbrauch in der Hervorbringung von Unfällen hat, zeigt sich aus dem allenthalben zu konstatierenden Überwiegen der Unfälle am Montag, dem Tage nach den Exzessen des Sonntags. So findet sich in dem vor kurzem erschienenen Jahresberichte der Baugewerkskasse für den Bezirk Zürich für 1906 folgende charakteristische Statistik über die Unfallmeldungen an den einzelnen Tagen der Woche.

Es betrugen die Unfallmeldungen nach Wochentagen in Prozenten der sämtlichen Unfallmeldungen der ganzen Woche:

im Jahre	Montags	an allen anderen Wochentagen
1900	22 %	14—17 %
1901	23 %	14—19 %
1902	21 %	15—17 %
1903	21 %	15—18 %
1904	25 %	9—18 %
1905	22 %	15—17 %
1906	21 %	14—18 %
1900—1906 im Mittel	22,1 %	15,6 %

Gegenüber den Unfällen an allen anderen Wochentagen überwiegen die am Montag um 42 %. Auch der Umstand, daß am Montag auch die am Sonntag vorgekommenen Unfälle angemeldet werden, vermindert dieses Verhältnis um höchstens 2 %, da sämtliche außer Arbeitszeit und Geschäftsbetrieb fallenden Unfälle zusammen nur 6 % betragen.

Hoppe.

Aus: „Korrespondenz für die deutsche medizinische Presse" 1908. Nr. 24. Im Auftrage des Vorstandes des Vereines abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebietes herausgegeben von Dr. A. Holitscher, Geschäftsführer des Vereines abst. Ärzte des deutschen Sprachgebietes, Pirkenhammer bei Karlsbad.

— **II. Jahresversammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte,** 3. und 4. Oktober 1908 in Heidelberg. (Referent: H. Haenel-Dresden.) (Fortsetzung.)

2. Plaut-München: Die Wassermannsche Serodiagnostik bei erworbener und hereditärer Syphilis des N. S. P. hat 180 Fälle von Paralyse nach der Wassermannschen Methode auf Blut und Spinalflüssigkeit untersucht. Das Serum reagierte bei 100% positiv, woraus folgt, daß Nichtluetiker schwerlich paralytisch erkranken werden. Reagiert das Blutserum negativ, so kann die Paralyse so gut wie ausgeschlossen werden. Eine positive Reaktion sagt aber nur, daß der Patient luetisch, nicht auch, daß er paralytisch ist. Bei florider und latenter Syphilis reagiert das Blut positiv, die Spinalflüssigkeit negativ. Ebenso ist bei Lues cerebrospinalis die positive Reaktion der Spinalflüssigkeit selten im Gegensatz zur Paralyse. Untersuchungen an Kindern ergaben klinisch nicht selten organische und psychische Defektsymptome und zugleich positive Wassermannsche Reaktion. Die serologische Untersuchung ergab ferner, daß Lues congenita auch bei Idiotie oft eine große Rolle spielt, vielleicht kann bei sehr frühzeitiger Feststellung der Positiv-Reaktion bei Kindern therapeutisch noch genützt werden.

3. Peritz-Berlin: Tabes, Paralyse und Lues in ihren Beziehungen zum Lezithin.

In Verfolg seiner früheren Veröffentlichung in der Berliner klinischen Wochenschrift sucht Vortr. nachzuweisen, daß Tabes und Paralyse zurückzuführen seien auf eine Verarmung des Körpers an Lezithin. Diese Verarmung wird bedingt durch Stoffe, die bei der Lues erzeugt werden, die bei der Wassermannschen Reaktion wahrscheinlich eine Rolle spielen, und die das Lezithin an sich reißen, um es im Kote auszuscheiden. Vortr. untersuchte das Serum zwölf Normaler, neun Luetischer, achtzehn Tabischer und fünf Paralytischer auf ihren Lezithingehalt, ebenso den Kot zweier Tabiker und Paralytiker, schließlich das Knochenmark von vier Paralytikern und einem Tabiker. In normalem Serum findet sich ein Lezithingehalt von 2,2 bis 2,4 g pro 1000 g Serum. Bei einem Teil dieser in Gemeinschaft mit Dr. Blumenthal untersuchten Luetikern findet sich eine Vermehrung des Lezithingehaltes von 2,8 bis 4 g. Von 23 untersuchten Tabiker- und Paralytikersera zeigten alle außer sechs eine Erhöhung des Lezithinspiegels von 2,8 bis 6 g. Die höchsten Werte hatten diejenigen Tabiker und Paralytiker, die nicht ablenkten, die aber sicher Lues gehabt hatten. Im Kote zweier Tabiker wurde eine Vermehrung der Lezithinausscheidung von 2 bis 7 g festgestellt. Bei zwei Paralytikern war der Lezithingehalt normal, während der Gehalt desselben im Serum erhöht war. Von den fünf Fällen, in denen das Knochenmark untersucht wurde, waren vier vollkommen lezithinfrei, einer hatte einen Gehalt von 0,3%. Normales Knochenmark enthält zirka 3%. Es ergibt sich also, daß tatsächlich eine Verarmung an Lezithin im Organismus von Tabikern und Paralytikern stattfindet. Es scheint ferner, daß ein Zusammenhang zwischen den die Wassermannsche Reaktion bedingenden ablenkenden Körpern und dem Lezithin besteht. Wahrscheinlich geschieht eine chemische oder eine chemisch-physikalische Bindung zwischen Lezithin und ablenkenden Substanzen im Serum. Ein Überschuß Lezithin im Serum würde eine Absättigung der ablenkenden Körper im Serum bedingen, die Wassermannsche Reaktion wäre dann negativ. Bei einem Überschuß an freier ablenkender Substanz würde die Reaktion positiv sein. Vortr. findet, daß therapeutisch diejenigen Fälle am günstigsten zu beeinflussen sind, bei denen die Ablenkung nicht vorhanden ist. Die Behandlung erfordert viel Geduld, besonders bei schweren Fällen, bei denen voraussichtlich schon eine erhebliche Verarmung des Organismus an Lezithin eingetreten ist. Denn man vermag bis jetzt nur 2 g Lezithin auf einmal einzuspritzen.

4. Roemheld-Schloß Hornegg: Über Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit bei postdiphtheritischer Lähmung (Pseudotabes). Die Frage nach dem Sitz der postdiphtheritischen Lähmung ist bisher noch strittig geblieben. R. schildert den Fall eines 30jährigen Mannes, der nach Erkrankung an Diphtherie und Heilseruminjektionen eine multiple Lähmung und starke Ataxie der unteren Extremitäten bekam, die oberen Extremitäten waren weniger befallen. In der Spinalflüssigkeit war der Eiweißgehalt (Phase 1) vermehrt, die Leukozytenzahl erheblich gesteigert. Diphtherie-Toxin und -Antitoxin fehlten in der Spinalflüssigkeit. Parallel mit der fortschreitenden Heilung schwand der abnorme Befund im Liquor. Mit diesem Befunde dürfte der Nachweis erbracht sein, daß die postdiphtheritische Lähmung kein neuritischer, sondern ein spinaler resp. zentraler Prozeß ist; in welchem Stadium der Infektion er einsetzt, muß noch unklar bleiben.

5. Pappenheim-Berlin (Heidelberg): Zum Wesen der Komplementbindungsreaktionen der Zerebrospinalflüssigkeit. Vortr. berichtet über Versuche, die er in der Abteilung des Herrn Prof. v. Dungern im Institute für experimentelle Krebsforschung angestellt hat, und welche ergeben, daß Extrakte aus weißen Blutkörperchen, die durch Anlegung von Haarseilen bei paralytischen und anderen nicht luetischen Kranken der psychiatrischen Klinik gewonnen wurden, regelmäßig die Komplementbindungsreaktion zeigten. Diese Tatsache legt die Vermutung nahe, daß die Wassermannsche Reaktion in der Zerebrospinalflüssigkeit, in welcher ja stets Zellen zerfallen, bloß eine Reaktion der Zerfallsprodukte normaler weißer Blutkörperchen ist. Daß trotzdem Pleozytose und Hemmung einander nicht immer parallel gehen, kann aus einer Reihe von anderen Momenten, Wechsel der Pleozytose, verschiedene zellstörende Wirkung und verschiedene Zirkulationsgeschwindigkeit des Liquors u. a. m., erklärt werden. Der zweite Einwand, daß die Reaktion auch im Serum auftritt, ist die beste Stütze der vorgenannten Anschauung, da sie am ehesten imstande ist, die Differenz im Verhalten der Zerebrospinalflüssigkeit

bei Lues einerseits und Paralyse andererseits gegenüber dem Verhalten des Serums zu erklären. Mit der ausgesprochenen Vermutung im Einklange stehen auch die Untersuchungen der Wiener Autoren Elias, Neubauer, Porges und Salomon, welche die Serumreaktion als Kolloidreaktion auffassen, die im Serum der Luetiker durch die größere Labilität des reagierenden Eiweißkörpers intensiver zustande kommen soll, die aber natürlich auch durch das Auftreten eines sonst nicht vorhandenen Eiweißkörpers oder durch die Vermehrung eines normalerweise vorhandenen — Zerfallsprodukte weißer Blutkörperchen — verstärkt werden muß. (Autoreferat.)

Diskussion:

Fraenkel hat die Wassermannsche Reaktion an Leichen nachgeprüft. Bei Aortitis luetica bewährte sie sich; wenn sie negativ ausfiel, handelte es sich um einen abgelaufenen Prozeß d. h. um Aorten-Narben. Schwielen im Testikel reagierten in der Mehrzahl der Fälle negativ. Bei Scharlach reagierte das Serum fünfmal positiv und siebenmal negativ, ein Zeichen, daß der Wassermannschen Reaktion keine absolut spezifische Bedeutung zukommt.

Much war von Anfang an skeptisch gegen die Wassermannsche Reaktion, er hält sie ebenfalls für nicht ganz spezifisch und begründet dies durch Beobachtungen, die er in Hamburg an Scharlachkranken gemacht hat. Gegen die prognostische und therapeutische Verwertung der Reaktion verhält er sich ablehnend.

Fischer hält Herrn Nonne gegenüber seine vor zwei Jahren aufgestellten Behauptungen betreffs der Herkunft der Lymphozyten im Liquor aufrecht: sie entsprechen denen der Meningen und zwar stammen sie aus der Höhe der Punktionsstelle, erlauben keinen Schluß auf die Beschaffenheit des Liquors weiter oberhalb.

Sachs hat in zirka 1200 Fällen die Wassermannsche Reaktion als zuverlässig erprobt, auch zu therapeutischem Eingreifen gab sie wiederholt erfolgreich Anlaß, speziell Scharlachfälle gaben ihm niemals positive Reaktion.

Es sprechen weiter: Foerster, Eichelbaum.

Wassermann (Schlußwort) wendet sich hauptsächlich gegen die von Herrn Much in seine Methode gesetzten Zweifel.

3. Sitzung.

Referate:

1. Hoche-Freiburg i. Br. Über die klinische Stellung der Neurasthenie. Die klinische Stellung der Neurosen hat im letzten Menschenalter mehrfache Schwankungen erlebt, verhältnismäßig am festesten ist die Stellung der Epilepsie geblieben, am meisten aufgelöst wurde die Hypochondrie. Heute ist es mit der Hysterie so weit gekommen, daß eine Verständigung über ihre Stellung fast unmöglich ist. Der hysterische Charakter ist viel häufiger als die Hysterie selbst. In letzter Zeit ist eine Revision des Neurasthenie-Begriffes nötig geworden. Von französischer Seite hat man ihn mit der Psychasthenie (Tics, Phobien, Angstzustände etc.) verquickt, bei den jugendlichen Neurasthenikern handelt es sich nicht selten um beginnende Hebephrenien oder leichte Phasen zirkulärer Psychose. Die Unfall-Neurastheniker sind meist der Hysterie zuzurechnen. Als reinster Typus der Neurasthenien bleiben die Rekonvaleszent-Zustände nach Infektions-Krankheiten übrig. Bei einer solchen Erkrankung ist auch der sonst gesunde Mensch der Neurasthenie ausgesetzt. Festgehalten muß aber werden, daß durch Erschöpfung allein ein Gesunder nicht zum hypochondrischen Neurastheniker wird. Wir kommen also in der Diagnose nur weiter, wenn wir eine reinliche Sonderung aller in Betracht kommenden Krankheitsformen erstreben.

Diskussion:

Erb betont gegenüber einer jetzt aufgekommenen Richtung, daß den somatischen Ursachen für die Entstehung der Neurasthenie doch eine ganz erhebliche Bedeutung zukommt. Mit den psychischen Momenten der Angst kommen wir nicht immer aus. Demgemäß hat auch der Einfluß der reinen Psycho-Therapie seine ziemlich engen Grenzen.

2. Krause-Berlin: Erfahrungen bei 28 Rückenmarksoperationen. K. demonstriert die Vorgänge und Befunde bei seinen Operationen an Zeichnungen. Unter den verschiedenen interessanten Fällen ist besonders bemerkenswert, daß er einmal bei einem intramedullären Tuberkel das Rückenmark längs inzidiert und die Neubildung herausgeschält hat; die Kranke besserte sich. Er empfiehlt in allen Fällen, auch wenn der Tumor extradural gefunden wurde, die Dura zu spalten, weil gelegentlich ein zweiter sich noch intradural vorfinden kann. Er fand ferner, daß sich Arachnitis chronica und Meningitis serosa auch am Kleinhirn vorfinden und der Operation zugänglich sind.

Diskussion:

Schultze; Nonne; Auerbach empfiehlt in allen Fällen, die Operation zweiseitig vorzunehmen, statt Meningitis serosa schlägt er die Bezeichnung Hydromeninx vor.

Vorträge:

1. Vulpius-Heidelberg: Erfolge der orthopädisch-chirurgischen Behandlung schwerer Kinderlähmungen. V. unterscheidet die Fortschritte in bezug auf mechanische (Stützapparate) und chirurgische Behandlung von Lähmungen. Die chirurgische Orthopädie hat zum Ziel, die Apparate zu verdrängen, ihre Methoden sind 1. die Arthrodese, die besonders am Kniegelenk, aber auch am Sprung-, Hüft-, Schultergelenk anwendbar ist, 2. die Sehnenüberpflanzung, deren Indikationsgebiet sich immer weiter hat ziehen lassen, 3. die Nervenplastik, die theoretisch der Sehnenüberpflanzung überlegen ist, praktisch aber ungleich größeren Schwierigkeiten begegnet. Immerhin hat man jetzt auch an den Extremitäten unzweifelhafte Erfolge mit ihr erreicht. Durch die Kombination zweier oder aller drei Methoden sind jetzt auch die schwersten, d. h. über mehrere Extremitäten verbreiteten Kinderlähmungen der Behandlung zu-

gänglich geworden. Vortr. demonstriert eine Anzahl Kinder, die bisher als sogenannte Handgänger oder Rutscher in den Siechenhäusern verpflegt wurden und jetzt wieder selbständig gehen. Er schließt mit einem Hinweis darauf, daß die Krüppelfürsorge in ärztliche Hände übergehen müsse.

2. Marburg-Wien: Die Adipositas cerebralis. Ein Beitrag zur Pathologie der Zirbeldrüse.

Eine zusammenfassende Darstellung sämtlicher Fälle von Adipositas bei Hypophysenaffektion ergab, daß die ursprüngliche Fröhlichsche Ansicht der hypophysären Natur dieser Störung am meisten Wahrscheinlichkeit für sich hat. Die Erdheimsche Ansicht, daß die Läsion eines im Infundibulum gelegenen trophischen Zentrums derartiges zur Folge haben könnte, erscheint zu wenig gestützt. Die Meinung Schüllers und jene von Tandler und Groß, die in der gelegentlichen, die Adipositas begleitenden Genitalatrophie das auslösende Moment der ersteren erblicken, wird schon dadurch illusorisch, daß nur in 12 von 32 obduzierten Fällen Genitalatrophie bestand. Wenn schon von einem Disgenitalismus bei dieser Affektion gesprochen wird, so könnte dies nur ein sekundärer sein.

Neben der hypophysären Adipositas scheint es aber noch eine zweite, eine epiphysäre zu geben. Aufmerksam gemacht durch eine eigene Beobachtung, ein neunjähriges Mädchen betreffend, bei dem sich eine exzessive Adipositas erst im Verlaufe eines Tumors der Zirbeldrüse entwickelt hatte und bei der die Genitaldrüsen histologisch sich als vollkommen normal erwiesen, wurde die Literatur der Zirbelgeschwülste daraufhin durchforscht und eine ganze Reihe ähnlicher Beobachtungen gefunden.

Aber auch sonst scheint die Zirbel wachstumsfördernden Einfluß zu besitzen, da es gelegentlich zu partieller Akromegalie kommt, die ihren Ausdruck in genitaler Hypertrophie findet. Diese letzteren Beobachtungen betreffen Kinder vor dem oder im 7. Lebensjahr, also einer Zeit, in welcher die Zirbel sicher noch funktionsfähig ist. Als dritte trophische Störung wird auf schwere Kachexie hingewiesen, wie sie sich ähnlich auch bei totaler Hypophysenzerstörung findet.

Wenn man nun einen Dispituitarismus anerkennt, so muß man die Akromegalie als Hyperpituitarismus bezeichnen, die Adipositas als Hypopituitarismus, die Kachexie als Apituitarismus. Und wenn man nun weiter einen Dispinealismus zugibt, so ergibt sich ein gewisser Gegensatz zur Hypophyse. Hier, beim Dispinealismus dagegen wirkt die Vermehrung der Drüse hemmend auf den Zellenstoffwechsel. Der Hyperpinealismus führt zur Adipositas. Der Hypopinealismus dagegen wirkt wachstumsteigernd und führt zur genitalen Hypertrophie, während der Apinealismus gleich dem Apituitarismus mit Kachexie vereint sich findet. Es scheint also doch, daß auch der Zirbel eine wenn auch bescheidene Rolle in der Gruppe der Blutdrüsen zukommt.

3. Brauer-Marburg: Gehirnveränderungen nach Commotio cerebri. Pat. erlitt durch Fall auf Glatteis eine schwere Gehirnerschütterung, die körperlichen Symptome verschwanden, es blieb aber eine melancholische Verstimmung, Depressionen, Weinen etc. übrig, dazu öfters Cheyne-Stokessches Atmen, wechselnde Benommenheit und Symptome, die auf ein organisches Hirnleiden deuteten. Eine große Anzahl Hirnpunktionen war diagnostisch sowie therapeutisch ohne Erfolg (Vortr. hält die Ventrikelpunktion unter Umständen für harmloser als die Lumbalpunktion). Paralyse konnte ausgeschlossen werden. Der Tod erfolgte im Sopor. Die Sektion zeigte eine Atrophie und diffuse Sklerosierung des Gehirns, das auf der Schnittfläche trocken, lederartig, stellenweise siebförmig durchlöchert war. Keine Herderkrankung, keine Reste von Blutungen. Nachträglich stellte sich heraus, daß Patient sieben Jahre vor dem Unfall eine Influenza gehabt hatte, bei der der Arzt Veränderung am Sehnerven konstatieren konnte. Er wurde danach wieder völlig gesund. Das Trauma hatte also wohl nur verschlechternd auf ein schon vorhandenes Hirnleiden gewirkt, nicht dasselbe hervorgerufen.

5. Schlesinger-Wien: Beiträge zur Kenntnis der akuten multiplen Sklerose. Ein siebenjähriger Knabe erkrankte nach Masern mit Lähmungen an den unteren Extremitäten, Blasen- und Mastdarmstörung, später Ataxie der oberen Extremitäten, Störung verschiedener Gehirnnerven, Optikus-Atrophie, Taubheit, Tod nach zehn Monaten. Anatomisch finden sich multiple Herde im ganzen C. N. S. teils mit Fettkörnchenzellen, teils Bilder, die der multiplen Sklerose ähnlich sind: erhaltene Axenzylinder in dünnen, schattenhaften Markmänteln bei ziemlich gut erhaltener Struktur, keine sekundäre Degenerationen, graue und weiße Substanz in regellosem Wechsel ergriffen, an manchen Stellen auch nackte Axenzylinder. Im Optikus dieselben Bilder wie im übrigen C. N. S. Es handelt sich also um einen diskontinuierlichen Zerfall der Markscheiden von außen nach innen fortschreitend, der anatomisch mit der multiplen Sklerose viel Ähnlichkeit hatte.

6. v. Monakow-Zürich: Über die Lokalisation von Oblongataherden. M. konnte sechs ziemlich übereinstimmende Fälle beobachten, von denen er einen genauer vorführt. Es fanden sich in ihm zwei enzephalitische Herde, der eine an der linken, der andere unter der rechten Olive, keilförmig nach innen greifend, der linke zerstörte die kleine Seitenstrangbahn, die spinale Trigeminuswurzel, das Gowerssche Bündel, die kausale Partie des Nucleus ambiguus, der rechte Herd hatte ähnliche Läsionen bedingt, nur war der dorsal von der Olive liegende Querschnittsteil mehr ergriffen. Die Symptome erinnerten etwas an die bei Pseudotumor beschriebenen: Beginn mit Neurasthenie und zerebellarer Ataxie. Dann kam ein Schwindelanfall mit Erbrechen, Hemitherm analgesia alternans, Ptosis, Miosis, Singultus, Sprachstörungen, Schwinden und Wiederkehr der Patellarreflexe. Nach einigen Tagen Erholung. Zurück blieben nur die Thermanästhesie und die zerebellaren Erscheinungen. Nach sechs Wochen ein zweiter heftigerer Anfall, bei dem auch Schluck- und Atem-Störungen auftraten. Nach acht Tagen wieder

Erholung, die allgemeinen Oblongatasymptome schwanden, es blieb nur die jetzt beiderseitige Thermanästhesie, Ptosis und Miosis, es folgten progressive Symptome, die auf das Cerebellum deuteten, eine sich entwickelnde Stauungspapille veranlaßte die Trepanation, der Patient erlag. Es fand sich das oben beschriebene Bild, das beweist, daß auch bei Oblongata-Erkrankungen Allgemein- und Lokal-Symptome, passagère und Residual-Symptome zu unterscheiden sind.

7. Starck-Karlsruhe. Zur Pathologie der Hypophysistumoren (mit Demonstrationen).

a) 30jährige Frau, seit fünf Jahren krank, Atrophie des Optikus mit schließlicher Erblindung, akromegalische Veränderungen an Kopf und Extremitäten, Amenorrhö, Abschwächung der Intelligenz, kindisches Benehmen, Grimmassieren, lag schließlich dauernd indolent zu Bett, obwohl der Gang stets ungestört war. Außer dem Optikus waren alle Hirnnerven intakt, auffällig war eine Hyperalgesie am ganzen Körper. Zuletzt gesellten sich Spasmen und Kontrakturen der Beine hinzu. Inkontinenz, Bradycardie, zuletzt Sopor und allgemeine Zyanose. Sektion: Ein fast apfelgroßer karzinomatöser Tumor der Hypophyse.

b) 60jähriger Mann, seit 1889 Abduzenslähmung, seit 1005 Unsicherheit des Ganges, rechtsseitige Hemiparese, temporale Abblassung der Papillen, später Ziliarneuralgien heftigster Art bis zum Tode 1907, nie akromegalische Symptome. Sektion: großer Tumor der Hypophysis.

c) Klinisches Bild der zerebralen Lues, dazu Myxödem und auffällige trophische Störungen: Blasenbildung auf der Haut der Extremitäten. Keine Akromegalie. Sektion: Gumma der Hypophysis, multiple Gummen der Dura.

Die drei Fälle lehren, daß bei bloßer Unterfunktion der Hypophysis keine Akromegalie aufzutreten braucht.

8. Kümmel-Heidelberg: Über otologische Gesichtspunkte bei Diagnose und Therapie von Erkrankungen der hinteren Schädelgrube. K. betont die Notwendigkeit eines Zusammenarbeitens von Otologen und Neurologen; es kommt besonders in Betracht bei otogenen Kleinhirn-Abszessen und den Tumoren des Kleinhirn-Brückenwinkels. Die Diagnose hat sich durch die Möglichkeit schärferer Scheidung der Labyrinth- von den zerebellaren Symptomen verbessern lassen. Hierbei kommt besonders das Studium der vestibular erregten Augenbewegungen in Betracht (nystagmusähnliche Zuckungen, die Richtung der langsamen Augenbewegung entspricht in der Regel der Seite des erkrankten Labyrinths). Die Kenntnis der einseitigen Labyrinth-Ausfall-Symptome ist noch ungenau. Ein Hilfsmittel ist die thermische Reizung des Ohres vermittels einer Kaltwasser-Spülung. Die einseitige Kochlearis-Funktion ist schwerer zu prüfen, als allgemein angenommen wird. Neue Methoden dafür sind von Baranyi, Voß und anderen gegeben worden. In chirurgischer Beziehung macht K. den Vorschlag, die Tumoren des Kleinhirn-Brücken-Winkels zur Schonung des Kleinhirns direkt durch das Felsenbein und Labyrinth hindurch anzugreifen.

9. v. Hippel-Heidelberg: Zur Pathogenese der Stauungspapille. Die Beschäftigung mit der Frage nach der Heilung der Stauungspapille durch die Palliativtrepanation, sowie die anatomische Untersuchung zweier Fälle nach der Marchimethode führten den Vortragenden im wesentlichen zu der gleichen Auffassung, wie sie von Bruns, Sänger u. a. vertreten wird: die Entstehung der Papillitis durch sogen. Tumortoxine wird abgelehnt. Im Frühstadium kann bei Fehlen ausgesprochener entzündlicher Veränderungen hochgradiger Marchizerfall vorhanden sein. Die in vorgerücktem Stadium vorkommende Entzündung kann durch die entzündungserregende Wirkung retinierter gestauter Zerebrospinalflüssigkeit erklärt werden, ohne Annahme besonderer Tumortoxine. Will man bereits die beginnende Stauungspapille ebenso, d. h. als entzündliches Ödem, erklären, so gibt man zu, daß zum Zustandekommen desselben eine durch mechanische Verhältnisse bedingte Stauung notwendig ist. Diese ist also das primäre und kann sich anatomisch in verschiedener Weise manifestieren, entscheidend ist die Erhöhung des intrakraniellen Drucks. Der Streit zwischen der mechanischen und Entzündungstheorie wird nahezu gegenstandslos, sobald die besonderen Tumortoxine aufgegeben werden.

Diskussion: Muskens.

(Schluß folgt.)

— **Volkshygienischer Vorteil eines Bierboykotts.** Daß ein politischer Bierboykott den Alkoholkonsum herabdrücken und dadurch eine *gute* Nebenwirkung haben kann, läßt sich von vornherein nicht ausschließen, wenn der Konsum nicht anderer- weitig gedeckt wird. Bei dem vor einiger Zeit stattgehabten steirisch-kärntnerischen Bierboykott, der vier Monate dauerte, hat man die hygienischen Folgen genauer festzustellen versucht, das Resultat der Umfragen fiel äußerst günstig aus: Ersparnisse, die für die Hebung des Wohlstands der Familie verwendet werden konnten, Erhöhung des Warenumsatzes in einem Konsumverein um 3000 Kronen, Abnahme der Unfälle, der Raufereien und Verhaftungen, vermehrtes Spazierengehen, größere Leistungsfähigkeit der Arbeiter.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).

Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S

Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S

Zehnter Jahrgang. Nr. 52. 1909.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Benützung amtlichen Materials

redigiert von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,** Lublinitz (Schlesien).

Verlag und Expedition: **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung** in Halle a. S., Reilstr. 80.

Jeden Sonnabend erscheint ein Heft im Umfange von 1—2 Bogen. — Preis für das Vierteljahr 4 Mark.

Dauerstellung in schön gelegener

Privatanstalt

sucht verheir. **Arzt**, 40 J. a., evang. aus guter Fam. (M. d. L. V.) Mehrjähr. psychiatr.-neurol Anstaltstätigk. vorausgegangen. Guter Internist. Persönl. Besprechung erwünscht. Off. unter **M. U. 7136** an **Rudolf Mosse, Frankfurt a. M.**

An der **Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Weilmünster**, Reg.-Bez. Wiesbaden ist die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Anfangsgehalt 1900 M. steigend bis 2400 M. neben freier Station (Wohnung, Verpflegung, Heizung, Licht, Wäsche etc.). Da eine dritte Anstalt im Bau befindlich ist, sind die Aussichten auf baldige Beförderung zum Oberarzt nicht ungünstig. Bewerbungen mit Approbation an den Direkt. San.-R. Dr. **Lantzius-Beninga.**

An der **Fürstlich Lippischen Heil- und Pflege-Anstalt Lindenhaus zu Brake bei Lemgo** (Staatsirrenanstalt) ist die Stelle eines

Abteilungsarztes

bald zu besetzen. Die Anstellung erfolgt mit einem Anfangsgehalt von 2400 Mark neben freier Station I. Klasse. Das Gehalt steigt in Jahresstufen von 100 M. bis 4200 M. Im Falle der Verheiratung wird Familienwohnung mit Beheizung, Beleuchtung und Garten, sowie für die freie Beköstigung eine Jahresentschädigung von 720 M. gewährt. Eine im anderweitigen Anstaltsdienst zugebrachte Dienstzeit kann angerechnet werden. Psychiatrische Vorbildung ist erwünscht, aber nicht erforderlich. Meldungen mit Approbation, Zeugnissen und Lebenslauf erb. a. d. Dir. Dr. **Alter.**

Die Stelle eines

Assistenzarztes

in der **Idiotenanstalt zu Liegnitz** ist am 1. Juli zu besetzen. Anfangsgehalt **2000 M.** bei völlig freier Station. Einjährige psychiatrische Vorbildung erwünscht. Die Anstalt hat 460 Pfleglinge und durchschnittlich 50 Kranke pro Tag. Meldungen an den Anstaltsvorstand z. H. des stellvertretenden Vorsitzenden, Oberbürgermeister Geh. Regierungs-Rat Oertel, Liegnitz, Rathaus.

Wir richten an unsere Leser die höfliche Bitte, im Bedarfsfalle sich stets der **Inserenten unserer Zeitschrift** unter Berufung auf dieses Blatt zu erinnern.

Dr. Ernst Sandow's

Kohlensäure-Bäder sind noch heute die einfachsten und billigsten. Langsame, stetige und beliebig zu dosierende Gasentwicklung.

Brausendes Bromsalz (50%) seit mehr als 25 Jahren bekannt und bewährt.

Nachahmungen meiner Salze sind **nicht** billiger, dafür aber oft minderwertig. Ich bitte deshalb die Herren Ärzte, gütigst stets „**Dr. Sandows**" Salz zu verlangen.

Dr. Kahlbaum, Görlitz

Heilanstalt für Nerven- u. Gemütskranke

Offene Kuranstalt für Nervenkranke.

Ärztliches Pädagogium f. jugendl. Nerven- u. Gemütskranke

LINDENHOF bei Dresden.

Dr. Piersons Heilanstalt

für Gemüts- und Nervenkranke.

Bahnstation Coswig, in 20 Minuten von Dresden zu erreichen.

Moderne, in anmutigem Villenstil gebaute, in einem 10 Hektar großen Park gelegene Anstalt für Gemüts- und Nervenkranke beiderlei Geschlechts

Komfort der höher. Stände, Warmwasserheizung, elektrische Beleuchtung

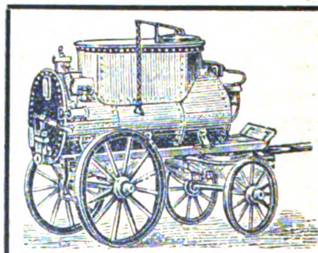
Für Patienten mit außergewöhnlichen Ansprüchen abgeschlossene Wohnungen von 3 Zimmern, Garderobe, Veranda etc.

Näheres durch illustrierten Prospekt. — Drei Assistenzärzte

Dirig. Arzt: **Dr. Fr. Lehmann.**

Es liegt im Interesse

jedes Irren- oder Nervenarztes, daß er sich kostenlos das Spezialverzeichnis der in der „**Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten**" erschienenen Beiträge kommen läßt. Zu beziehen **durch jede bessere Buchhandlung** oder direkt von **Carl Marhold Verlagsbuchhandlung Halle a. S., Reilstr. 80.**



Neu! Fast arbeitslos Neu!

Wegner's Patentsauger,

das Beste der Jetztzeit zur **schnellen, sauberen** und geruchlosen **Kloakenabfuhr**, zugleich als **Sprengwagen** und **Wasserzubringer für Feuerlöschzwecke etc.** dienend.

Selbsttätig arbeitend, nur 1 Mann Bedienung, fast kosten- u. reparaturloser Betrieb, sofort betriebsfertig, schnellstes, saubersten Arbeiten. Hundertfach geliefert, glänzende Anerkennungen, mehrfach prämiiert und patentiert.

Prospekte und Angebote kostenlos.

Hermann Wegner, Maschinenfabrik, Britz bei Berlin.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigiert von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung in Halle a. S., Reilstraße 80.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag Hallesaale. — Fernspr. Nr. 823.

Nr. 52. 20. März. **1909.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3gespaltene Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei grösseren Aufträgen wird Rabatt gewährt.
Zuschriften für die Redaktion sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Über die Bewertung der Imbezillität und der sogenannten Moral insanity in praktischer und forensischer Beziehung.

Von Hofrat Dr. *Friedländer*, Hohe Mark i. Taunus bei Frankfurt a. M.*)

Wenn ein und derselbe Kranke (es handelt sich allerdings um einen der eigenartigsten Fälle) von sieben Ärzten in der Weise verschieden beurteilt wird, daß der eine Neurasthenia sexualis, der andere Dementia praecox, der dritte Schwachsinn diagnostizierte, die forensische Bewertung zwischen geistiger Gesundheit, Geistesschwäche und Geisteskrankheit schwankte, wenn einzelne Richter und die laienhafte Umgebung den Betreffenden nur als einen sittlich verkommenen Menschen betrachteten, so ist aus dieser Tatsache allein die Schwierigkeit zu erkennen, welche bei der Beurteilung gewisser Schwachsinnsformen, bei denen die Defekte vorzugsweise in der moralischen Sphäre liegen, auftauchen kann. Diese Tatsache gewinnt an Bedeutung, wenn wir bedenken, wie sehr solche widerspruchsvolle Gutachten dem Richter die Entscheidung erschweren, besonders wenn es sich um Fragen der Entmündigung wegen Geisteskrankheit und Anfechtung einer Ehe handelt; sie ist aber auch für die Stellung der Psychiater, die besonders aus diesem Grunde so oft Angriffen ausgesetzt sind, keineswegs gleichgültig.

Wenn sich diagnostische Irrtümer auch niemals werden ganz vermeiden lassen, so könnten dieselben eingeschränkt werden, wenn die zu einer Begutachtung Berufenen es ablehnen würden, Zeugnisse oder Gutachten über solche Kranke auszustellen, zu deren Erkennung kurze Unterhaltungen, zumal in der ärztlichen Sprechstunde, nicht ausreichen. Den sogenannten Intelligenzprüfungen ist nur ein bedingter Wert zuzuerkennen. Um den geistigen und sittlichen Inhalt solcher Patienten zu umgrenzen, dazu ist eine langdauernde Beobachtung notwendig.

Vortragender weist nach, wie sehr es solchen Kranken gelingt, selbst erfahrene Beobachter zu täuschen, und zeigt an dem einen Fall, dem er eine ganze Reihe ähnlicher an die Seite stellen könnte, daß nur diejenigen Gutachter zu einem richtigen Urteil über den Kranken gelangten, die ihn eingehend studieren und beobachten konnten. Das Gutachten des Vortragenden, welches Imbezillität mit dem Grade der Geisteskrankheit nachwies, führte zur Entmündigung und Vernichtung der Ehe.

Vortragender geht dann auf die sogenannte Moral insanity ein, die er als eine selbständige Krankheit gleich Mendel, Näcke, Hoche, Aschaffenburg u. a. nicht anerkennt. Er ist der Ansicht, daß bei allen Kranken, die als moralisch schwachsinnig bezeichnet werden, die Schädigung des sittlichen Empfindens, die ethischen Defekte wohl im Vordergrund stehen bezw. zuerst auffallen können, daß aber bei genügend langer und eingehender Beobachtung auch anderweitige (intellektuelle) Störungen nachzuweisen sein werden. (Zunächst wäre die Frage allgemein befriedigend zu lösen: Was ist Intellekt?) Vortr. leugnet das Vorkommen der Moral insanity als selbständige Krankheit nicht deshalb, weil er einen solchen Fall noch nicht in Behandlung bekam, sondern weil ihm die Psychologie und Psychopathologie gegen die Annahme derartiger isolierter Affekte zu sprechen scheint. Zum Vergleich zieht er die verlassene Lehre von den Monomanien herbei, und führt dann folgendes aus: Maßgebend für die Be-

*) Auszug aus einem beim III. internat. Kongreß für Irrenpflege (Wien, 7.—11. Oktober 1908) gehaltenen Vortrag.

wertung jener Schwachsinnsformen, die oben gekennzeichnet wurden, in forensischer Beziehung ist für den deutschen Richter der Ausspruch des höchsten Gerichtshofes, demzufolge: „Ein angenommener Mangel jeglichen moralischen Haltes die Zurechnungsfähigkeit nur dann ausschließt, wenn der Mangel aus krankhafter Störung nachgewiesen ist.“ Ist nun eine solche krankhafte Störung nachgewiesen, so wird dieselbe der Meinung des Vortr. nach nicht in dem Sinne elektiv gewirkt haben, daß sie nur die Moral geschädigt hat; das menschliche Seelenleben ist bezüglich seiner Funktionen nicht in Schubfächer eingeteilt, in denen Denken, Fühlen, Handeln, Wollen, in denen die Äußerungen der Moral und der Verstandestätigkeit neben- oder übereinander liegen. Stets finden wir den gesamten Organismus von einzelnen Störungen abhängig. Ein Migräneanfall genügt, den Betreffenden in seinen geistigen und körperlichen Funktionen zu hemmen. Der Schwachsinnige, der hemmungslos seinen Trieben und Affekten ausgeliefert erscheint, bei dem werden wir bei genügend langer und eingehender Beobachtung wohl stets auch eine Störung des gesamten Seelenlebens finden. Sittliche Defekte können mit reich ausgestatteter Verstandestätigkeit einhergehen, dann aber sind die ersteren keine Folge krankhafter Störungen; der Betreffende verfügt über Hemmungen, die ihn verhindern, mit der Gesellschaft und den Gesetzen in Konflikt zu kommen. Durchbricht er diese Hemmungen, so ist er damit allein noch ebensowenig als Kranker erwiesen, wie jemand bloß deshalb als Kranker aufgefaßt werden darf, weil er sich homosexuell betätigt, Kinder mißbraucht oder andere Verbrechen begangen hat. Es ist das Milieu, die Erziehung, die Heredität, etwaige Keimschädigungen durch Alkohol, Tuberkulose, Syphilis der Erzeuger, es ist die körperliche und geistige Entwicklung des Individuums in ihrer Gesamtheit zu beurteilen, nur dann ist es möglich, zu der richtigen Bewertung zu kommen.

Vortr. streift dann die vielfach behandelte wichtige Frage, wie die Imbezillen behandelt und wo sie untergebracht werden sollen. Bei einigen wenigen Fällen hat er durch eine langdauernde und vorsichtig disziplinierende Behandlung gewisse Erfolge erzielt. Die Versuche, solche Kranke (es geschah auf den ausdrücklichen Wunsch der Angehörigen hin) in landwirtschaftlichen Betrieben unterzubringen, wo sie nicht unter ärztlicher Beobachtung waren, sind gescheitert. Näcke, Aschaffenburg u. a. haben wiederholt Vorschläge für eine praktische Lösung der Frage gemacht. Die Schwachsinnigen bedürfen einer besonders eingehenden ärztlichen und pädagogischen Behandlung; eine solche ist in der Irrenanstalt kaum durchzuführen, abgesehen davon, daß viele dieser Kranken den Betrieb der Irrenanstalt in schwerer Weise schädigen und hemmen.

Vortr. wendet sich dann dem letzten Teil seiner Ausführungen zu, die sich mit der Frage beschäftigen, welche Stellung dem Schwachsinnigen zugewiesen ist bezüglich des § 6, Z. 1 des deutschen B. G. B. Wie auch schon aus den einleitenden Bemerkungen hervorgeht, kann die forensische Bewertung der Imbezillität in der Beziehung, ob Geistesschwäche oder Geisteskrankheit vorliegt, große Schwierigkeiten machen. Diese Schwierigkeiten werden noch erhöht, wenn es sich um so wichtige Entscheidungen wie Pflegschaft oder Entmündigung, Ehescheidung, Anfechtung oder Vernichtung der Ehe handelt.

Vortr. zitiert einschlägige gerichtliche Entscheidungen, die übereinstimmend betonen, daß die Entmündigung, sei es wegen Geistesschwäche oder Geisteskrankheit, nur zulässig sei, wenn der zu Entmündigende unfähig ist zur Besorgung seiner gesamten Angelegenheiten. Dies festzustellen, also den Grad des Schwachsinns nachzuweisen, wird oft außerordentlich schwierig sein, besonders wiederum bei jenen Kranken, bei denen die intellektuellen Störungen weniger in Erscheinung treten als die moralischen. Für die forensische Beurteilung ist das Maß der Schutzbedürftigkeit in subjektivem und objektivem Sinne ausschlaggebend. Für die praktische Beurteilung scheint mir aber ein brauchbares Kriterium in dem Grade krankhafter Willensschwäche zu liegen, der bei einem Individuum festgestellt ist. Die Willensschwäche ist es, die den Imbezillen zu einem hilflosen Objekt seines Trieblebens macht; sie läßt ihn dort versagen, wo bei dem gesunden Menschen Logik, Verstand, Entschlußfähigkeit, Arbeitsfreude usw. einsetzen. Sie erklärt es, warum so häufig schwachsinnige Mädchen noch bis zur Eheschließung gelangen; warum solche Ehen dann zu unglücklichen werden, warum eben solche männlichen Individuen sich erst nach Verlassen der Schule oder mit Eintritt der Pubertät unfähig erweisen, den Anforderungen des Lebens und der Gesellschaft gerecht zu werden. Im Schutze des Elternhauses, unter der strengen väterlichen Zucht oder der der Schule, zu einer Zeit, da sie keine Verantwortung zu tragen, keine Willensentscheidungen ernsterer Art zu treffen haben, reichen sie aus, später oder früher versagen sie aber.

Ist es gelungen, bei dem Imbezillen den Umfang seines Willens festzustellen, die Größe und die Kraft, mit der er exogenen Einflüssen Widerstand leisten

kann, dann haben wir auch das Maß für die forensische Bewertung seiner Schutzbedürftigkeit gegeben. In gewissem Sinne können wir also sagen, daß der Imbezille je nach dem Grad seiner pathologischen Willensschwäche als geistesschwach oder geisteskrank zu bezeichnen sein wird.

Es deckt sich das Ergebnis dieser psychiatrisch-psychologischen Überlegung mit neueren Entscheidungen des höchsten deutschen Gerichtshofs, der einmal entschieden hat, daß schon ein krankhaft erregter Geschlechtstrieb unter bestimmten Voraussetzungen Geisteskrankheit ergeben kann, indem dieser die Willensbetätigung derartig zu beeinflussen imstande ist, daß die freie Willensbestimmung ausgeschlossen erscheint; und ein anderes Mal feststellte, daß die an anderen Orten getroffene richterliche Entscheidung, der Kranke müsse unfähig sein zur Besorgung aller seiner Angelegenheiten, dahin aufzufassen sei, daß die Entmündigung wegen Geisteskrankheit schon dann zulässig sei, auch wenn der Kranke einzelne oder mehrere seiner Angelegenheiten zu besorgen vermag. Ist ein Kranker unfähig, seinen Vermögens- oder Familienangelegenheiten vorzustehen oder seiner Stellung im sozialen Leben gerecht zu werden, so ist dadurch seine Unfähigkeit zur Besorgung seiner Angelegenheiten in ihrer Totalität dargetan. Es kann somit sehr wohl der Fall eintreten, daß ein im psychiatrischen Sinne schwachsinniger Kranker, der in einzelnen Richtungen noch verfügungsfähig erscheint, dessen psychisches Leiden ihn nicht einem unmündigen Kinde gleichstellt, doch in forensischer Beziehung, im Sinne des Gesetzes als geisteskrank bezeichnet werden kann und muß, und die oben zitierte richterliche Entscheidung gibt dem Gutachter die beste Handhabe, in derartigen Fällen, wie ich einen oben skizziert habe, den richtigen Weg einzuschlagen. Es wird sich dann immer mehr vermeiden lassen, den Gerichten das Schauspiel der einander widersprechenden Psychiater zu bieten.

Bromglidine.

Professor Dr. Boruttau*) nahm von Bromglidine, einem bräunlichen, salzartig schmeckenden Pulver (jede Tablette enthält 0,05 g an Pflanzen-Eiweiß gebundenes Brom) vier Tage lang sechs Stück, entsprechend 0,3 g Brom. Er schied im Gesamtharn aus: am ersten Tage 0,171 g Brom, am zweiten Tage 0,202 g, am dritten 0,217 g, am vierten 0,189 g, am fünften 0,0999 g, am sechsten 0,017 g; Spuren Brom fanden sich noch am zehnten Tage nach dem Aufhören. Es ergab sich daraus eine länger dauernde Bromretention wie beim Bromkalium auch beim Bromglidine, aber bedeutend größere Anfangsausscheidung resp. schnelleres Annähern der Ausscheidungswerte an die Aufnahmewerte. Es wurden nun mehrere Versuche über den Gang der Ausscheidung nach einmaliger Aufnahme von Bromglidine am Tier und Menschen angestellt.

1. Ein 1700 g schweres Kaninchen erhielt 2 g Bromglidine mit 0,2 g Brom und schied aus:

a) in den ersten 24 Stunden nach der Aufnahme 70 ccm mit 0,0336 g Brom,
b) an den folgenden zwei Tagen 150 ccm mit 0,075 g Brom, entsprechend 0,0375 g Brom als zweitägigem Durchschnitt,
c) an den weiterfolgenden zwei Tagen 80 ccm mit 0,0192 g Brom, entsprechend 0,0096 g Brom als zweitägigem Durchschnitt,
d) an den nächsten zwei Tagen 230 ccm mit 0,0110 g Brom, entsprechend 0,0055 g Brom als zweitägigem Durchschnitt,
e) am achten und neunten Tage 116 ccm mit 0.0081 g Brom, entsprechend 0,0040 g Brom als zweitägigem Durchschnitt Spuren Brom fanden sich noch am fünfzehnten Tage.

2. Der Laboratoriumsdiener P. erhielt früh 7 Uhr mit dem ersten Frühstück 3 g Bromglidine.

Bereits in um 10½ Uhr entleerten 210 ccm Harn fanden sich 0,0739 g Brom,

ferner um 2 Uhr 0,0384 g Brom in 295 ccm Harn
„ 5 „ 0,0110 „ „ „ 275 „ „
„ 10 „ 0,0205 „ „ „ 320 „ „

am nächsten Tage um 8 Uhr 0,0192 g Brom in 400 ccm Harn, zusammen in den ersten 24 Stunden 0,1630 g Brom in 1500 ccm Harn, also über die Hälfte der genommenen 0,3 g Brom; am nächsten Tage fanden sich bis 11 Uhr in 570 ccm Harn 0,0182 g Brom, für den Rest des Tages in 1270 ccm Harn 0,0350 g Brom, zusammen 0,0350 g Brom am zweiten Tage; am dritten Tage in 2000 ccm Harn 0,0160 g Brom, am vierten bis zum sechsten Tage deutlich positive Bromreaktion.

Die lockere Bindung eines Anteils des Broms beim Bromglidine ist nach Boruttau möglicherweise gerade von Bedeutung für die von Anfang an schneller einsetzende Ausscheidung des Broms gegenüber den Bromalkalien und dürfte es erklären, daß zur Erzielung gleicher physiologischer Wirkungen geringere Brommengen genügen, wenn sie als Bromglidine gegeben werden als in Form von Bromalkalien.

Bekanntlich fand Laudenheimer, daß bei täglich 10 g NaBr in acht Tagen nur 30 g eliminiert wurden, bei täglich 9 g in drei Tagen nur 5,5 g, daß Brom in großen Mengen aufgespeichert und

*) Über das Verhalten des Bromglidine im Organismus. Von Prof. Dr. Boruttau, Berlin. Deutsche med. Wochenschrift, 1908, Nr. 44. (Aus der chemischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses im Friedrichshain in Berlin.)

während dieser Zeit mehr Chlor abgegeben als aufgenommen wird, und daß in den Körperflüssigkeiten und Geweben teilweise Brom an die Stelle des Chlors tritt.

Dr. Togami (Japan)*) hat in der experimentell-biologischen Abteilung des Königl. Pathologischen Instituts Berlin, unter Leitung von Prof. Dr. A. Bickel, „Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß des Broms auf die Magensaftsekretion" angestellt, und zwar an vier Pawlowschen Kleinmagenhunden. Er ist dabei zu dem Ergebnis gekommen, daß das elementare Brom sowie Bromkali die Magendrüsen lähmt, ohne daß eine vorangehende Reizung eintritt. Das Bromglidine als Bromeiweißpräparat ließ in der Regel diesen sekretionshemmenden Einfluß auch erkennen, jedoch nicht in der stürmischen Form wie das elementare Brom und die Bromkalilösung, so daß die Wirkung des Bromglidine als eine mildere anzusehen ist. Für die Praxis ergibt sich daraus, daß das Bromglidine vor den Bromsalzen den Vorzug hat, daß die bei den Bromsalzen leicht eintretenden Nebenerscheinungen in bezug auf den Verdauungskanal bei Bromglidine soweit eingeschränkt sind, daß sie praktisch nicht in Frage kommen. Hiermit stimmen auch die günstigen Resultate überein, die man am Krankenbette zu beobachten Gelegenheit hatte.

*) Biochemische Zeitschrift, Berlin. 13. Band, 1. und 2. Heft, Seite 112—120.

Über günstige praktische Erfahrungen glidine liegen Mitteilungen vor von Geh Dr. A. Eulenburg*), Dr. Peters**) Reißner***). Eulenburg hat es in mehrfach bei Epileptikern angewandt und Regel in Dosen von nicht über sechs T Laufe des Tages verteilt (d. i. 0,3 Brom Bei leichteren Fällen schien diese Dosis z Peters bemerkt, daß nach seinen Beo bei Anwendung von Bromglidine eine läng kation des Broms ohne Bromismus mögli allen von ihm beobachteten Fällen trat die b Wirkung des Broms bald nach der Einga langsamer und gleichmäßiger Weise, niemals wie stürmischer Weise auf. Auch bei Pers nach früheren Erfahrungen sehr empfindli Brom und seine Salze waren, konnte mitt glidine die Bromtherapie längere Zeit fo durchgeführt werden. In gleichem Sinne äu Reißner.

*) Diätetische und pharmazeutische Epilepsie-B in der ärztlichen Privat-Praxis. Von Geheimrat Prof A. Eulenburg (Berlin). Med. Klinik, 1908 Nr Auch: Über Neurasthenie-Behandlung. Therapie der wart, 1908, Nr. 8.

**) Die Vermeidung des Bromismus bei Verwend Bromglidine Von Dr. C. Peters. Deutsche Ärzte 1908, Nr. 13.

***) Über Versuche mit einem neuen, interne (Pflanzen-Eiweiß-) Präparat Bromglidine. Von Dr. M. R (Berlin). Russ. Medizin. Rundschau, 1908, Nr. 6

Mitteilungen.

— **II. Jahresversammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte**, 3. und 4. Oktober 1908 in Heidelberg. (Referent: H. Haenel-Dresden.) (Schluß.)

10. Arnsperger-Heidelberg demonstriert einen Fall von Kropfherz, nach Jodbehandlung verkleinerte sich der Kropf, die Symptome von seiten des Herzens und Nervensystems blieben und steigerten sich sogar. Der Fall spricht für die thyreoprive Theorie der Herzsymptome sowie dafür, daß das für die Schilddrüse günstige Jod in anderer Beziehung schädlich wirken kann.

11. Edinger-Frankfurt: Über den Oralsinnesapparat. Die Anatomie trennt den Lobus olfactorius in den vorderen und hinteren Lappen. Der letztere, der in der Literatur auch als Tuberculum olfactorium und Lobus parolfactorius geführt wird, nimmt aber sehr wenige, vielleicht gar keine Riechfasern auf. Er ist bei einer Reihe von Säugern so mächtig entwickelt, daß er da einer der größten Hirnteile ist. Beim Igel z. B. nimmt er ein Drittel der Hirnbasis ein. Alle die den verschiedensten Ordnungen angehörigen Tiere, welche einen so großen Lobus parolfactorius haben, besitzen, wie an einer Reihe von Abbildungen aus Brehms Tierleben demonstriert wird, besonders große Schnauzen oder Rüssel. Und umgekehrt ist der Lappen b mit abgestumpftem Gesicht (Wiederkäuer) ve mäßig klein; beim Menschen ist er bis auf die perforata anterior geschwunden. Der Vort zeigte, daß der gleiche Lappen bei den (Schnabel) und beim Chamäleon (Zunge) sehr stark entwickelt ist, etwas weniger b Schlangen und Eidechsen. Für die Vögel hat W berg nachgewiesen, daß in seiner Nähe ein aus der Gegend dicht vor dem Trigeminus und Kalischer hat gezeigt, daß Reizung Lappens bei Papageien Schnabel- und Zung wegungen erzeugen. Auch bei Säugern finde mächtige Einstrahlung hier statt. Ein Teil der absteigend (Wallenberg, Probst), er ist als bündel" längst bekannt, ein anderer degenerie steigend, wie der Vortragende nachweist. Der le ist wahrscheinlich identisch mit dem analogen S aus der Trigeminusgegend der Vögel. Da Schnauze vom Trigeminus versorgt wird und Lobus parolfactorius kein Riechzentrum sein ka hält sich Edinger für berechtigt, diesen H als den Teil des Oralapparates zu bezeichnen. F richtig müssen nun auch die zu ihm in Bezi stehenden Zentren und Bahnen dem gleichen Ap zugerechnet werden. Es ist das die Taenia th des Ganglion habenulae, das Meynertsche B

und das Ganglion interpedunculare. Bei allen diesen läßt sich in der Tat von den Fischen bis zu den Säugern hinauf feststellen, daß ihre Größenentwicklung im Verhältnis zur Größe des Lobus parolfactorius steht. Beim Menschen sind sie am kleinsten, bei einigen Fischen, die mit dem Mund angesaugt leben, am größten. Die Arbeit ist zum Teil gemeinsam mit Dr. A. Kappers gemacht.

Der Vortragende glaubt durch diese Mitteilung eine ganze Anzahl Hirnteile, die bisher in ihrer Bedeutung völlig unbekannt waren, dem Verständnis näher gerückt zu haben.

4. Sitzung.

12. Haenel-Dresden: Das Problem der Vergrößerung des Mondes am Horizont. H. faßt seine Anschauung über das Wesen des genannten Problems in folgenden Schlußsätzen zusammen. 1. Der Himmel besteht für unser Auge aus zwei Teilen: einem dem Erdhorizont aufstehenden Ringe, der in der Entfernung dieses letzteren gesehen wird und einem Zenithanteil von unbestimmter Entfernung und ohne erkennbare Form. 2. Die Himmelskörper stehen also am Horizonte in endlicher d. h. durch Bewegung erfahrbarer Entfernung, im Zenith in unendlicher d. h. nur durch Gesichtsempfindungen, nicht durch Bewegungen erfahrbarer Entfernung. 3. Ein Gesichtseindruck der ersteren Art besteht aus zwei Komponenten: der Größe des Netzhautbildes und dem Bewußtsein von einer bestimmten Entfernung des Objektes (perspektivisches, stereometisches Sehen). 4. Ein Gesichtseindruck der letzteren Art besteht dagegen nur aus einer Komponente: der Größe des Netzhautbildes, gemessen am Gesichtswinkel (unperspektivisches, planimetrisches Sehen). 5. Irdische Objekte werden also stets perspektivisch, der Zenithmond wird stets unperspektivisch gesehen. 6. Diese unperspektivisch aufgefaßte Größe ist für den Mond die richtige, normale; am Gesamtsehfelde, dem einzigen für sie vorhandenen Maßstab gemessen ist sie eine kleine Größe (31 Minuten). 7. Nur am Horizonte wird der Mond mit samt den Erdobjekten perspektivisch gesehen; dies bedeutet für ihn eine Veränderung seiner normalen Größe; denn perspektivisch d. h. nach Längenmaß gemessen bedeutet die Größe von 31 Minuten in der Entfernung des Horizontes ein sehr großes Objekt. 8. Wir schätzen also, ohne es zu bemerken, den Mond beide Male mit einem anderen Maßstabe; das Ergebnis der Schätzung lautet das einemal „Klein", das anderemal „Groß". 9. Diese Vergrößerung sehen wir schließlich direkt am Horizontmonde. Dies Sehen ist also kein einfacher Sinneseindruck, sondern das Ergebnis eines komplizierten Seelenvorganges.

2. Schoenborn-Heidelberg. Über Sensibilitätsprüfungen. S. hat statt Pinsel, Wattebäuschchen oder Finger graduierte Reizhaare nach Frey bei 40 Fällen organisch bedingter Sensibilitätsstörungen zur Prüfung verwandt. Es kam ihm hauptsächlich auf eine Nachprüfung der Headschen Untersuchungen an. Er fand, daß 1. bei Parästhesien die Schwellenwerte sich wie bei Normalen verhielten, daß 2. in hyperästhetischen Zonen feinere Reize als bei Gesunden empfunden wurden, die Reizschwelle also erniedrigt war, daß 3. bei Morphium-Injektionen örtlich eine Erhöhung der Reizschwelle ausblieb. Er schildert die Technik, die nicht besonders schwierig ist, wenn man sich an die von Frey gefundenen Reizpunktstellen hält, besonders zuverlässige Ergebnisse lieferte die Haut am Rumpf und Oberschenkel.

3. Karplus und Economo (Wien): Versuche am Mittelhirn. Vortr. haben an 16 Katzen und 16 Affen durch Pedunkulus-Durchschneidung experimentelle Chorea erzeugt. Die elektrische Erregbarkeit der Hirnrinde blieb dabei unbeeinflußt, d. h. Reizung der motorischen Zone erzeugte auch nach der Operation Bewegungen der Extremitäten, ein Beweis, daß der Impuls nicht nur durch den Pedunkulus verläuft, daß also eine motorische Rinden-Haubenbahn existiert. Bei stärkeren Reizen traten auch Krämpfe wie beim gesunden Tiere auf. Nach Durchtrennung aller cortico-spinaler Bahnen wurde allgemeiner Rigor beobachtet; wurde der rote Kern und die Bindearme mit zerstört, so traten bei den Katzen chorea- und athetoseähnliche Bewegungen auf, dagegen spastischer und Schütteltremor, wenn auch die lateralen Partien neben dem Haubenkern verletzt waren.

Diskussion:

Rothman sieht in den Versuchen im wesentlichen eine Bestätigung seiner Ergebnisse bei Pyramidenbahn-Durchschneidungen: es gibt demnach extra-pyramidale motorische Bahnen auch oberhalb der Kreuzung. Die choreatischen Bewegungen dürften wohl nicht allein auf die Läsion des Bindearms zu beziehen sein.

4. Veraguth-Zürich: Zur Frage nach dem galvanischen Leitungs-Widerstand der menschlichen Haut.

Ref. hat anläßlich seiner Untersuchungen über den psychogalvanischen Reflex einen elektrologischen Nebenbefund erhoben, der sich in folgenden Thesen resümieren läßt:

1. Die Leitfähigkeit für konstanten Strom verändert sich an der Hand- und Fußfläche in einer Kurve, die der Kurve der Veränderung der Leitfähigkeit an anderen Körperoberflächenstellen ceteris paribus entgegenläuft. Daß an Hand- und Fußfläche die Leitfähigkeit entgegen der allgemeinen Annahme unter dauernder Durchströmung abnimmt, ist, wie Ref. gefunden hat, schon vor vierzehn Jahren von Domenico d'Arman konstatiert worden.

2. Dieses vom Ref. deshalb d'Armansche Regel genannte Gesetz bedarf zweier Ergänzungen. Erstens muß die Leitfähigkeit an Hand- und Fußfläche anfangs steigen, um später fallen zu können. Zweitens gilt die Regel nur dann, wenn das eingeschaltete Individuum im Zustand der Ruhe ist. Macht es aber einen Affekt durch, so steigt während einer gewissen Zeit die Leitfähigkeit der Hand- und Fußflächenhaut (eine der Äußerungen des psychogalvanischen Reflexes).

3. Die Topographie der Orte gleicher Leitungsfähigkeit auf der Körperoberfläche hängt ab von der

Spannung im Stromkreis. Bei einem Individuum z. B. steigt bei 4,8 Volt Spannung von der 10. bis 30. Sekunde die Kurve der Leitfähigkeit am Oberschenkel innerhalb Zahlen, welche niedriger sind als die Zahlen, innerhalb welcher gleichzeitig und ceteris paribus die Leitfähigkeitskurve an der Handhaut sinkt. Bei 9,6 Volt dagegen kreuzen sich die beiden Kurven etwa in der 18. Sekunde; bei 12 Volt steigt in gleichem Zeitraum die Leitfähigkeit am Oberschenkel innerhalb viel höherer Zahlen, als sie an der Hohlhand unter gleichen Umständen sinkt.

(Demonstration der Kurven und des Schemas, nach welchem die Befunde automatisch registriert werden können.)

5. Kleist-Frankfurt a. M.: Über die Lokalisation tonischer und katatonischer Erscheinungen. K. versuchte eine Lokalisation der akinetischen Zustände bei Psychosen, d. h. der Unfähigkeit zu Bewegungen und zum Sprechen bei Ausschluß von Lähmungen, Hemmungen oder Wahnvorstellungen. Die Zustandsbilder erinnerten an Apraxie, sind aber nicht identisch mit dieser, sondern können höchstens als psycho-motorische Apraxie bezeichnet werden. Einen Wegweiser geben die bei diesen Kranken beobachteten pathologischen Spannungserscheinungen ab, dieselben kamen auch bei verschiedenen Apraktischen vor, deren Lokalisation auf das Stirnhirn deutete. Auch das Kleinhirn ist gelegentlich mit dem Symptom der Hypertonie in Verbindung gebracht worden, was aber wohl nur insofern stimmt, als es durch mehrfache Bahnen, die auch in die Läsion einbezogen sein können, mit dem Stirnhirn verbunden ist.

Diskussion:

Neißer glaubt bei dem Symptom nur transkortikale resp. assoziative Störungen annehmen zu dürfen.

6. Rothmann-Berlin: Über die anatomische Grundlage der Myatonia congenita. Bei der zuerst von Oppenheim beschriebenen Krankheit wurden anatomisch bisher meist nur periphere und Muskel-Veränderungen gefunden, ähnlich der Dystrophie; erst Baudouin beschrieb Veränderung der Ganglienzellen im Rückenmark und im Abduzenskern. R. beobachtete ein Kind von gesunden Eltern, das mit Ausnahme von Gesicht und Zwerchfell am ganzen Körper total gelähmt war. Die Muskeln zeigten keine EaR., nur geringe elektrische Erregbarkeit. Bei der Sektion fand sich ein auffallend kleines Rückenmark und Kleinhirn, wenige Fettkörnchen, im ganzen Rückenmark Schwund der Vorderhorn-Ganglien-Zellen, der sich aber nicht als Aplasie herausstellte, sondern als Endstadium eines Zerfallsprozesses. Beweis: im Hypoglossuskern waren die Anfangsstadien desselben Prozesses nachweisbar. In der Muskulatur fand sich im wesentlichen eine Wucherung der interstitiellen Kerne. R. bringt das Bild auf der einen Seite mit dem Möbiusschen Kernschwund, auf der andern mit der früh-infantilen Muskelatrophie in Beziehung und sieht alle drei Krankheiten als verschiedene Stadien desselben Prozesses an.

Diskussion:

Erb warnt vor einer Verallgemeinerung der von Rothmann geschlossenen Verwandtschaft.

Remak hält ebenfalls die Zusammenlegung der Myatonie mit dem Möbiusschen Kernschwund für unberechtigt.

Rothmann hat außer der eigenen Beobachtung in der Literatur alle Übergänge zwischen den drei Krankheitsformen gefunden und hält an seiner Auffassung fest.

7. Auerbach-Frankfurt: In welchen Anstalten sollen die an Neurosen Leidenden der weniger bemittelten Klassen behandelt werden? Für die Behandlung der bezeichneten Kranken sind weder die Irren-Anstalten noch die Allgem. Krankenhäuser noch die Walderholungsstätten geeignet. Zu berücksichtigen ist bei ihnen 1. der ärztliche Zweck der Heilung resp. Verhütung der Invalidität im Sinne des Gesetzes, 2. die Rücksicht auf die Höhe der Geldmittel. Beiden Bedürfnissen würde durch Sanatorien für Chronisch-Kranke und Rekonvaleszenten in ländlicher Lage als Filialen der Stadt-Krankenhäuser Rechnung getragen. Heilstätten für ausschließlich Nervenkranke sind nicht erforderlich. In jenen Sanatorien sollten ein oder zwei Pavillons für die schweren Neurastheniker reserviert werden mit der Möglichkeit der Isolierung in Einzelzimmern oder Zimmern mit höchstens zwei Betten. Die Leitung ist einem geschulten Neurologen zu übertragen. Eine dringende Forderung ist die Angliederung eines oder mehrerer Pavillons von zirka 30 bis 50 Betten für den sogenannten besseren Mittelstand, d. h. Einkommen von 4—6000 M., die ein Privat-Sanatorium aufzusuchen nicht in der Lage sind. Der Verpflegungssatz dürfte die Höhe von 6—8 M. pro Tag nicht überschreiten. Die Rentabilität der ganzen Anstalt würde durch die Angliederung eines solchen Pavillons nur gehoben. An der Einrichtung solcher Sanatorien könnten sich die Landesversicherungs-Anstalten, die ein Interesse an der Verhütung der Invalidität haben, finanziell beteiligen. Für die Einrichtung solcher Heilstätten durch Private oder auf dem Wege der privaten Wohltätigkeit kann sich A. nicht erwärmen; die von solcher Seite flüssigen Mittel sollten in den Dienst der Stadtverwaltungen oder Landesversicherungs-Anstalten gestellt werden.

8. Kohnstamm und Quensel, Königstein i. T.: Das centrum receptorium (sensorium) der formatio reticularis.

Die gekreuzt aufsteigende Bahn für den Temperatur- und Schmerzsinn war bisher, abgesehen von den quantitativ unbeträchtlichen tract. spino-thalamic. und spino-tectalis nur ins Kleinhirn verfolgt worden. K. hatte auf der vorjährigen Versammlung auf die Wichtigkeit derjenigen Fasern des tr. antero-lateralis asc. aufmerksam gemacht und dieselben auf Marchipräparaten demonstriert, die ventral um den Fazialiskern herum nach der formatio reticul. ziehen und ventrolateral vom dorsalen Längsbündel ihr Ende erreichen. Genau an dieser Stelle haben wir inzwischen nach oraleren Verletzungen Tigrolysen gefunden, die ge-

eignet sind, die Bahn zentralwärts fortzusetzen. Ihre Fortsetzung zum Tektum haben wir weiterhin dadurch dargestellt, daß nach Abtrennung des Vierhügeldaches durch queren Schnitt in der gesamten Mittelhirnhaube durch die Tigrolyse „cellulae tegmenti ad tectum“ zur Darstellung kommen. Zum Teil liegen sie dicht medial an der lateralen Schleife und bilden im oralen Teil der Brücke eine als nucl. paralemniscalis zu bezeichnende Zellgruppe. Offenbar verlaufen die Axone der „cellulae tegmenti ad tectum“ in der Flucht der lateralen Schleife und bilden einen Hauptbestandteil der zum Vierhügeldach und zur Randschicht des Höhlengraus aufsteigenden Faserung. Das Schlußstück dieser Bahn bildet die Verbindung vom vorderen Vierhügel zum Großhirn. Als Ausgangspunkt des ersten Neurons dieser Bahn konnten wir im Rückenmark und im sensiblen Trigeminuskern Zellen nachweisen, die dem nucl. magnocellularis centralis des Hinterhorns entsprechen. Eine direkte oder auch indirekte Verbindung des centrum recept. zum thalamus konnten wir bisher nicht finden. Die von uns (nach Lewandowskys Vorgang) ursprünglich als tr. bulbothalamicus angesprochene tr. fasc. Foreli müssen wir nach unseren Beobachtungen als identisch mit Wallenbergs sekundärer Trigeminusbahn erklären. Unsere Auffassung steht mit den klinischen Tatsachen über spinale und bulbäre Hemianästhesie in bestem Einklang.

9. Kappers-Frankfurt: Die Phylogenese der Palaeo- und Archikortex verglichen mit der progressiven Entwicklung der Sehrinde. Zuerst weist Vortr. darauf hin, daß die entwicklungsgeschichtliche Einteilung, welche Elliot Smith von der Rinde gegeben hat, in Archikortex und Neokortex, nicht komplett ist, gibt es doch in der Tierreihe eine noch ältere Rindenformation als die Ammonsformation und Fascia dentata (Archikortex): die sekundäre Riechrinne (Cortex lobi olfactorii oder Cortex lobi piriformis). Da diese letztgenannte Rinde die älteste existierende Form ist, nennt er sie Palaeokortex. Wenn man die allmähliche phylogenetische Entwicklung dieser zwei ältesten Rindenformationen verfolgt, so sieht man, daß in beiden die Körnerschicht zunächst auf die Höhe ihrer Entwicklung kommt. Diese, welche die kleinen rezeptorischen Zellen enthält, ist offenbar primär in der Entwicklung. Teilweise gleichzeitig damit, größtenteils etwas später, kommt die Schicht der subgranulären Pyramiden zur Entwicklung. Diese liegt in der Palaeokortex gänzlich unterhalb der granulären Schicht, in der Archikortex liegt sie (als Ammonshornpyramiden) nur zu einem kleinen Teil unterhalb der Körnerschicht (Fascia dentata), größtenteils daneben. Diese subgranulären Pyramiden senden lange efferente Bahnen aus, daneben bilden sie relativ kurze intraregionale Assoziationsfasern, wie namentlich deutlich ist in der Archikortex, wo sie nicht nur den Fornix, sondern auch das Psalterium aussenden. Hierdurch hat die Schicht der subgranulären Pyramiden einen lokalen Charakter, da sie für die Abfuhr der direkt oberhalb von ihr (in der Körnerschicht) einströmenden Impulse sorgt. Zuletzt bildet sich die Schicht der supragranulären Pyramiden. Diese liegt weder in der Palaeokortex noch in der Archikortex gänzlich oberhalb der Körnerschicht, sondern hauptsächlich daneben, jedoch in einem höheren, der Molekularschicht nähergerückten Niveau. Daß die supragranulären Pyramiden sich zuletzt ausbilden kommt daher, daß sie tatsächlich eine höhere assoziative Bedeutung haben und die assoziative Verbindung mit manchen benachbarten oder entfernten Kortexregionen vermitteln. Diese Entwicklung der einzelnen Kortexschichten, wie die Phylogenese der Palaeokortex und Archikortex sie aufweist, ist in völliger Übereinstimmung mit der Entwicklung der einzelnen Kortexschichten, wie sie von Mott in der Evolution der Sehrinde von den niederen Säugern zu den höheren gefunden wurde. Auch Mott kam zu der Konklusion, daß die Körner und ein Teil der subgranulären Pyramiden sich zuerst bilden, dann tritt eine Vermehrung der letzteren ein, und schließlich bildet sich die höhere assoziative Schicht der supragranulären Pyramiden (Archives of neurology, II, London). Ein Unterschied zwischen den vom Vortr. untersuchten Rindenbezirken und der von Mott untersuchten neokortikalen Sehrinde besteht nur darin, daß in der Palaeo- und Archikortex die einzelnen Rindenschichten vielmehr nebeneinander liegen, während sie in der Neokortex alle über- und untereinander liegen. Zuletzt weist er darauf hin, daß auch die Pathologie die oben erwähnte Deutung der einzelnen Schichten beweist. Der primäre Charakter der Körnerschicht wird bewiesen durch die Tatsache, daß sie noch vorhanden ist, ob die reizzuführende Bahn besteht oder nicht, wie das Vorhandensein einer mächtig entwickelten Körnerschicht in der Sehrinde des blinden Maulwurfes, in der Fascia dentata des anosmotischen Delfines, in der auditiven Rinde von taubstummen Menschen beweist. Der lokale Charakter der subgranulären Pyramiden wird bewiesen durch die Tatsache, daß sie ganz erheblich atrophieren, wenn die für ihre Region charakteristischen subkortikalen Systeme lädiert werden (Monakow, Bing). Der wenig lokale Charakter der supragranulären Pyramiden geht aus der genau gegenteiligen Tatsache hervor, daß sie nämlich bei den letztgenannten Läsionen fast keine Spur von Verringerung zeigen, was eben daher kommt, daß diese Schicht nicht in erster Linie von dem lokalen Reize ihrer Region abhängig ist, sondern als assoziative Zellen hauptsächlich von benachbarten Territorien abhängen.

10. Apelt-Glotterbad: Über den Wert von Schädelkapazitätsbestimmungen. Vortr. hat nach der Methode von Zanke und Reichardt an 108 Leichen Schädelkapazität und das Hirngewicht festgestellt, die Methode als brauchbar befunden und beschreibt vier Hauptgruppen von abnormen Verhältnissen: 1. 28 Fälle von Erkrankungen ohne Stauung im großen Kreislauf: Hirngewicht durchschnittlich 11% kleiner als dasjenige für die Schädelkapazität. 2. 13 Fälle von chronischem Herzleiden, Stauung und allgemeiner Hydrops: Hirngewicht nur 3% kleiner als die entsprechende Kapazitätszahl. 3. Bei 25 Fällen akuter Infektionen die gleichen Verhältnisse wie bei 2. 4. Fünf Fälle von Tumor cerebri und ein Fall von

Pseudotumor: Hirngewicht durchschnittlich 2,8 % kleiner als die Kapazitätszahl. Vortr. fügt einige besonders augenfällige Beispiele bei und schließt damit, daß die vergleichende Bestimmung von Hirngewicht und Schädelkapazität für die innere Medizin und Neurologie Klarheit schaffen kann in der Frage nach der „meningitischen" Reizung bei akuten Infektionskrankheiten (die nicht selten eine akute Hirnschwellung sein kann), der Frage nach der Ursache des Pseudotumor cerebri, des akuten Hirntodes bei Tumor cerebri und vielleicht auch der nach dem Zustandekommen der Stauungspapille.

11. Römer-Heidelberg: Adrenalin bei gastrischen Krisen. R. hat Adrenalin bei fünf Tabikern angewendet, von denen drei an gastrischen Krisen, einer an Analkrisen, einer an übermäßiger Salivation litt. Bei den gastrischen Krisen trat nach wiederholter Darreichung von dreimal sechs Tropfen der Lösung 1 : 1000 in 20 ccm Wasser ein Aufhören der Krisen ein. Wie diese Wirkung zustande kam, mußte zweifelhaft bleiben; der Blutdruck wurde nicht gemessen, Schädigungen wurden keine beobachtet. Larynxkrisen blieben unbeeinflußt.

Diskussion:

Schuster hat bei echten Magenkrisen wiederholt Morphium und Wasser im Wechsel mit dem gleichen Erfolge injiziert. Er warnt deshalb vor voreiligen Schlüssen.

— **Fürsorgezöglinge in Preussen und Alkoholismus.**

A. Trunksucht bei den Zöglingen selbst:

Jahr	Schulpflichtige und noch jüngere Zöglinge			
	im ganzen		trunksüchtige	
	M.	W.	M.	W.
1901	3582	1724	22	2
1902	2590	1064	8	—
1903	2775	1036	10	1
1904	2726	937	16	2
1901/4	11673	4761	56	5

Jahr	Schulentlassene Zöglinge				Alle Zöglinge			
	im ganzen		trunkst.		im ganzen		trunkst.	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M	W.
1901	1367	1114	25	3	4949	2838	47	5
1902	1543	999	32	3	4133	2063	40	3
1903	1584	1128	39	1	4359	2164	49	2
1904	1577	1218	45	5	4303	2155	61	7
1901/4	6071	4459	141	12	17744	9220	197 1,1 %	17 0,8 %

Bei den schulentlassenen Zöglingen ist natürlich die Trunksucht viel häufiger als bei den schulpflichtigen. Besonders gilt dies für die männlichen Fürsorgezöglinge, unter denen im Verhältnis sechsmal soviel Trinker vorhanden sind als unter den [illegible] lichen. Von außerordentlich viel größerer Bed[illegible] aber ist bei den Fürsorgezöglingen die Trun[illegible] der Eltern, wie folgende Tabelle zeigt:

B. Trunksucht der Eltern:

Jahr	Alle Zöglinge		Trunksucht	
			Vater	Mutter
1901	7787	(2353)	964	[illegible]
1902	6196	(1688)	719	[illegible]
1903	6523	(1586)	715	[illegible]
1904	6458	(1622)	717	[illegible]
1901/4	26964	(7249)	3115	[illegible]

Jahr	Trunksucht und Unzucht		Trunksucht und Arbeitsscheu		Trunksucht, Unzucht und Arbeitsscheu	
	Vater	Mutter	Vater	Mutter	Vater	Mutter
1901	35	67	445	94	39	[illegible]
1902	30	62	381	64	24	[illegible]
1903	27	44	302	57	20	[illegible]
1904	27	62	316	58	32	[illegible]
1901/4	119	265	1444	273	121	[illegible]

Trunksucht allein oder mit anderen Lastern [illegible] von 1901 bis 1904 konstatiert in 4793 Fällen [illegible] Vater, in 1640 Fällen bei der Mutter der Fürsorgezöglinge. Leider ist in dem Berichte nicht angegeben, in wievielen Fällen von diesen Vater und [illegible] zugleich Trinker waren. Nehmen wir an, [illegible] in etwa dem vierten Teil der Fälle zutraf, [illegible] Mutter Trinkerin war, also in zirka 400 Fällen, [illegible] würden etwa 6000 Einzelfälle resultieren, wo entweder der Vater oder die Mutter nachgewiesenermaßen [illegible] Trunksucht verfallen waren. Danach ist anzunehmen, daß bei fast dem vierten Teil aller Fürsorgezöglinge die Trunksucht der Eltern zur Verwahrlosung der Kinder bezw. zur Notwendigkeit der Fürsorgeerziehung geführt hatte. Dr. med. Hoppe.

Aus: „Korrespondenz für die deutsche medizinische Presse" 1908. Nr. 24. Im Auftrage des Vorstandes des Vereins abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebietes herausgegeben von Dr. A. Holitscher, Geschäftsführer des Vereins abst. Ärzte des deutschen Sprachgebietes, Pirkenhammer bei Karlsbad.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Sonderdruck aus „Die Irrenpflege", XI. Jahrgang, 1908, Nr. 12.
Monatsschrift für Irrenpflege und Krankenpflege
zur Belehrung und Fortbildung des Pflegepersonals an Heil- und Pflegeanstalten
und zur Vertretung der Standesinteressen desselben.
redigiert von
Dr. A. Schott.
Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Weinsberg.
Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.

Über Seefische.

Von Oberarzt Dr. C. Wickel-Obrawalde (Meseritz).

In einer großen Zahl unserer Irrenanstalten erscheint mehr oder weniger regelmäßig der Seefisch auf dem Speisezettel.

Leicht taucht da die Frage auf, was sind das für Fische, woher kommen sie, wie werden sie gefangen und verschickt, welches ist ihr Wert als Nahrungsmittel?

Es ist daher wohl Manchem nicht unerwünscht, etwas Näheres hierüber zu erfahren.

Wie schon der Name sagt, kommen diese Fische aus der In früheren Zeiten geschah ihr Fang nur in der Nähe der Me küsten. Erst allmählich, im Laufe des vorigen Jahrhunderts, ha aus der Küstenfischerei die Hochseefischerei entwickelt. Vorangega sind die Engländer, welche schon vor 1850 eine größere Fischerflott der Nordsee hatten. In Deutschland erstarkte die Seefischerei erst Gründung des Reichs. Eine größere Bedeutung erlangte sie mi Einführung der Dampfer vom Jahre 1884 an. Seit dieser Zei der Fang und der Absatz besonders auch im Binnenlande immer zugenommen und steht jetzt auf beträchtlicher Höhe.

Der Hauptsitz der deutschen Dampfseefischerei ist Geestemün der Wesermündung.

Hier hat die preußische Staatsregierung in den Jahren 1891– mit erheblichem Kostenaufwand einen sehr großen, mit allen mod Einrichtungen versehenen Fischereihafen unter Ablenkung des stroms gebaut.

Neben den Anlegestellen für die Fischdampfer sind mehrere Hallen, in denen Auktion und Verpackung der Fische statthat. Packräume sind mit je einem Kontor und Lager an Fischges vermietet. Hinter den Hallen sind den Pächtern gehörige Eish ferner Räuchereien, Marinieranstalten, Fischmehl-Lebertranfabrik u Weiterhin finden sich um den Hafen Werkstätten für Bau und Repa von Schiffen und Maschinen, Lagerhäuser, Kohlenlager, Elektriz werk, Güterabfertigung, Beamtenwohnungen, das Hafendienstge mit Hafenbureau und Seemannsamt, schließlich das der Fischerei betriebsgenossenschaft gehörige Wirtschaftsgebäude mit Fischerei restaurant, Seemannsheim, Steuerbureau, Post, Fernsprechamt verschiedene Läden.

Der Fischfang geschieht in der Nordsee, dem Skagerak, dem gat, dem atlantischen Ozean und dem Nordmeer, den Gewässer Island. Die Fischdampfer gehören zumeist Genossenschaften (Partnerrhederei) d. h. ein Fischhändler übernimmt die Rhederei gibt Anteile nach Belieben an andere Personen ab, so daß au Binnenlande viel Kapital dabei beteiligt ist. Andere Rhedereien Aktienunternehmungen.

Die Dampfer, welche bei Ausübung der Seefischerei b werden, müssen durchaus seetüchtige Schiffe sein. Ihre Länge b 30—42, ihre Breite $5\frac{1}{2}$—$6\frac{1}{2}$, ihre Tiefe 3—4 m. An Kohlen n 50—100 Tons mitgenommen. Die Maschinen haben eine Le von 250—400 Pferdekräften. Die Bemannung besteht aus Ka Steuermann und 6—13 Mann einschließlich Koch- und Maschinenper

Die Fahrgeschwindigkeit beträgt 9—12 Seemeilen in der Stunde. Ein Fischdampfer kostet je nach Größe mit Ausrüstung für den Fischfang 130—190000 Mk.

In ihrem Inneren haben die Fischdampfer besondere Räume für gemahlenes Eis und für die Fischladung.

Der Fang selbst geschieht mittels des Handschleppnetzes (Frawl).

Es ist dies ein sehr starkes Netz von der Form eines trichterförmigen Sackes, welches einen vorderen Breitendurchmesser von ca. 40 m hat.

Das Netz wird geschleppt an 2 je 800—1200 m langen Stahlleinen von 6—8 m Umfang. Diese Stahlleinen werden durch Dampfwinden bedient.

Das Grundschleppnetz geht bis zu Tiefen von 200 m. Der Dampfer zieht das Netz an den Stahlleinen hinter sich her. Er fährt dabei mit einer Geschwindigkeit von 60—80 m in der Minute. Der einzelne Netzzug dauert je nach den in Frage kommenden Verhältnissen 4—7 Stunden. Ist man an einem guten Fangplatz, so wird das Netz nach Entleerung sofort wieder ausgesetzt. Tag und Nacht geht dann der Fang weiter.

Die dem Netz entnommenen Fische werden sofort geschlachtet, entweidet und mit Seewasser gründlich ausgewaschen. Hierauf kommen sie in den Fischraum. Hier werden sie nach Sorten getrennt und mit gemahlenem Eis sorgfältig verpackt. Eisschichten verhindern die Berührung der Fische mit den Holzwänden, die Fischkörper werden ohne Eisbeimischung nicht in größerer Menge aufeinander gelegt, zu starker Druck wird durch vertikale Zwischenlage von Brettern, verhütet. Ist eine Abteilung nahezu gefüllt, so wird noch eine besonders starke Eisschicht aufgeschüttet und diese mit einer Kokosmatte bedeckt, um nach Möglichkeit den Zutritt von Luft zu verhüten.

Das durchschnittliche Fangergebnis einer Fischdampferreise beträgt in der Nordsee bei 5—7 Tagen Reisedauer 100—200 Ctr. Fische. Im Skagerak ist der Fang der Menge meist etwas größer und erreicht 300 Ctr. in 7—9 Tagen Reise. Im Kategat werden in 7—9 Tagen durchschnittlich 150 Ctr. erzielt. Von Island kommen in 14—20 Tagen 500—2000 Ctr. Fische an. Von der marokkanischen Küste werden 500—800 Ctr. in 25—28tägiger Reise heimgebracht. Nebel und stürmisches Wetter sind die ärgsten Feinde der Fischerei und hindern den Fang oft in erheblicher Weise.

Die Art der gefangenen Fische ist eine sehr verschiedene. Die Aufmerksamkeit wendet sich naturgemäß vorwiegend den Arten zu, welche einen Wert für den Seefischhandel und die Fischindustrie haben.

Ich führe aus der großen Zahl nur einige der hauptsächlich in Frage kommenden Arten an. Am meisten begehrt ist in erster Linie der Schellfisch.

Um diesen handelt es sich gewöhnlich, wenn auf unserem Speisezettel Seefisch angeführt ist.

Das Gewicht der Schellfische schwankt zwischen 1/5 bis 12 Pfund per Stück, wovon die kleineren Exemplare als Bratschellfische zum größten Teil in den Marinieranstalten in Dosen verarbeitet werden.

Dann kommt der Kabeljau, 1—15 Pfund per Stück. Bis zu einem Pfund Gewicht heißt der Fisch „Dorsch". Der Kabeljau wird zum Teil nach Einsalzung getrocknet, und als Stockfisch in den Handel gebracht.

Zu den teureren Sorten gehören: Seezunge, Steinbutt, Tarbutt, Heilbutt und Rotzunge. Andere, Vielen noch ganz unbekannte Sorten, wie Schollen, Seelachs, Seehecht, Rotbarsch, auch Goldbarsch genannt, Seebarsch, Seeaal, Lengfisch, Austernfisch, Limandes-Soles, Knurrhan, Petermännchen u. a. m. sind ebenfalls lange ein flottgehender Handelsartikel geworden.

Heute finden selbst die kleinsten Fische Verwendung, während man früher die kleinen Exemplare nach erfolgtem Fang wieder über Bord zu werfen gezwungen war, da sich ein Absatz dafür nicht ermöglichen ließ.

Haben die Dampfer einen einigermaßen erträglichen Fang erzielt, so eilen sie, ihn schleunigst an den Markt zu bringen.

In Geestemünde kommen jährlich etwa 2500 Fischdampfer mit ihrem Fang an.

Die angekommenen Fischdampfer werden nachts entladen. Die Fische werden nachsortiert, gewogen, und zur Prüfung durch die Käufer aufgestellt. Morgens um 6 bezw. 7 Uhr beginnt dann in den Fischauktionshallen durch beeidigte, öffentlich angestellte Auktionatoren die Versteigerung der Fische öffentlich, meistbietend gegen sofortige Barzahlung.

Käufer sind meist die großen Fischgeschäfte, welche die gekaufte Ware alsbald nach ihrem Verpackungsraum bringen, um sie noch bis Mittag absenden zu können, damit der Verbraucher die Fische so schnell und so frisch als möglich erhält.

Der Versand der Fische geschieht entweder in Körben oder Waggonladungen. Die Körbe enthalten etwa 150—200 Pfund und sind aus Weiden geflochten. Zunächst sind sie mit Stroh und Eis ausgelegt. Es folgt dann abwechselnd eine Schicht Fische und eine Schicht gemahlenes Eis. Unter dem Deckel wird noch ein besonders großes

Eisquantum aufgeschüttet. In dieser Verpackung, zu der je nach der Jahreszeit und Entfernung eine größere oder kleinere Eismenge vermacht wird, ist der Fischversand stets, auch im heißen Sommer, ohne Gefahr des Verderbens auf sehr weite Strecken möglich.

Täglich gehen 3—4 Fischzüge ab. In der Hauptverkehrszeit, der Karwoche, steigt die Zahl der täglich abgehenden Fischzüge bis auf 8 Die Züge bringen die Fische bis in die entferntesten Teile des deutschen Reichs und über seine Grenzen hinaus. Die Beförderung wird von der Eisenbahnverwaltung der Art beschleunigt, daß z. B. ein Fisch, der heute noch in der Nordsee schwamm, am 2. Tage in Berlin, Köln, Dresden oder München gegessen werden kann.

Wie sehr sich der deutsche Seefischhandel entwickelt hat, mag daraus hervorgehen, daß der Umsatz auf dem Geestemünder Fischmarkt in den Jahren 1888—1906 von 104000 Mk. auf über 9 Millionen Mk. gestiegen ist, in Altona von 320000 Mk. auf ca. 4 Millionen Mk., ähnlich in Hamburg.

1888 wurden in Geestemünde 586405 Pfund Fische umgesetzt, im Jahre 1906 dagegen 73423365 Pfund.

Trotzdem ist unser eigener Fang noch nicht annähernd ausreichend für unsere Nachfrage, so daß noch alljährlich Millionen für Fische ins Ausland gehen. Das Ausland kann durch günstiger gelegene Fanggründe billiger arbeiten. Vor allem kommt Holland in Frage wegen seiner günstigen Lage zu unseren westlichen Provinzen und Elsaß-Lothringen.

Die Seefische haben für die Ernährung des Menschen, besonders für die sogenannte Massenernährung, d. h. die Bespeisung größerer Menschenmengen, eine große Reihe von Vorzügen. Einmal bringen sie eine angenehme Abwechslung in der Speisenfolge, sodann besitzen sie einen hohen Nährwert. Das Fischfleisch steht dem Säugetierfleisch gleich. Das Fleisch fettarmer Fische, z. B. des Schellfisches, wird in Gaben bis zu 1500 g pro Tag im Darm des Menschen gleich gut ausgenutzt, wie Rindfleisch. 100 g mittelfettes Rindfleisch enthalten 19,4 g, 100 g frischer Schellfisch 16,93 g verdauliches Eiweiß.

Endlich sind die Seefische verhältnismäßig billig, was, zumal bei der Massenernährung und den teueren Fleischpreisen besonders ins Gewicht fällt. Die Flußfische sind schwer in größerer Menge zu erhalten, sie sind teuer und haben, was gegen ihre Verwendung gerade in Irrenanstalten spricht, ungezählte und feine Gräten. Der Seefisch hat erheblich weniger zahlreiche, kräftigere und leicht ausschälbare Gräten. Bei dem Fleisch in der Anstalt rechnet man durchschnittlich 15% Abgang (Knochen, Sehnen), wobei das Schweinefleisch am besten abschneidet. Bei den Seefischen ist der Abgang (Kopf, Gräten, Floßen) etwas

größer. Bei Fischen ohne Kopf kommen durchschnittlich etwa 15—20% Abgang in Frage, bei Fischen mit Kopf 30—35%. Für Irrenanstalten eignen sich daher am besten große Fische, ohne Kopf bezogen, wie der Schellfisch oder der Kabeljau und Seelachs. Neben richtiger Menge, Zusammensetzung und Zubereitung der menschlichen Nahrung ist es nötig, daß sie auch eine bestimmte Menge an Nährstoffen, an Eiweiß, Fett und Kohlehydraten (Hauptbestandteile der pflanzlichen Nahrungsmittel) enthält.

So soll die Tagesnahrung eines erwachsenen, kräftigen, gesunden Mannes bei mittlerer Arbeit enthalten: 100—110 g Eiweiß, 55 g Fett, 475 g Kohlehydrate. Bei schwerer Arbeit: 123 g Eiweiß, 92 g Fett, 428 g Kohlehydrate. Von dem Eiweiß sollen $^1/_3$ animalisch (tierisch, Fleisch, Milch, Käse), $^2/_3$ vegetabilisch (pflanzlich) sein.

Es enthält nun die gewöhnliche Fleischportion von 235 g, nach Abzug von 15% Abgang, bei mittelfettem Rindfleisch: 39 g Eiweiß; 14 g Fett; bei halbfettem Hammelfleisch: 33 g Eiweiß, 10,5 g Fett: bei fettem Schweinefleisch: 28 g Eiweiß, 70 g Fett; bei magerem Schweinefleisch: 39 g Eiweiß, 12 g Fett; bei magerem Kalbfleisch: 39 g Eiweiß, 4 g Fett.

Die Portion Seefisch (Schellfisch) von 250 g enthält nach Abzug von 20% Abgang: 25 g Eiweiß, 0,5 g Fett. Bei 15% Abgang 34,5 g Eiweiß.

Nehmen wir nun einmal an, es gibt zu Mittag: 235 g Rindfleisch (Abgang 15%), dazu Talg 10 g, Weißkohl 750 g (Abgang 25%) und Kartoffeln 750 g (Abgang 35%), so entspricht dies abgerundet im Ganzen: 49 g Eiweiß (33 tierisch, 16 pflanzlich), 20 g Fett und 125 g Kohlehydraten.

Bei einem Seefischgericht (Schellfisch) gibt es 250 g Fisch (Abgang 20%), dazu 20 g Butter, 10 g Mehl, und Kartoffeln 750 g (Abgang 35%). Hieraus ergeben sich 33 g Eiweiß (25 tierisch, 8 pflanzlich), 17 g Fett und 100 g Kohlehydrate.

Das Seefischgericht steht demnach dem Rindfleischgewicht nicht sehr erheblich an Nährstoffgehalt nach.

Bedenkt man dabei, daß das Pfund (500 g) Fleisch jetzt durchschnittlich 75—80 Pfg. kostet und daß das Pfund gängiger Seefisch etwa auf 20—30 Pfg. je nach Qualität kommt, so erhellt auch der wirtschaftliche Vorteil auf das Deutlichste.

Manchem ist der Geruch der Seefische unangenehm. Vielfach habe ich die Ansicht gehört, daß dieser Geruch ein Zeichen von Verdorbensein sei. Diese Auffassung ist ganz unzutreffend. Es handelt sich um einen den Fischen anhaftenden eigenartigen Seegeruch. Durch

geeignete Behandlung läßt er sich ganz oder fast ganz beseitigen. Es genügt schon, wenn man die Fische ca. 20 Minuten in Wasser liegen läßt, dem ein kleiner Schuß Essig zugesetzt wurde.

Empfehlenswert ist auch Verabreichung mit Mostrichsauce.

Nicht ohne Bedeutung für die Massenernährung sind ferner die Fischwürste. Sie werden auch in vielen Anstalten gegeben. Es sind das geräucherte Würste, welche aus gemahlenem, reinem, frischen Seefischfleisch hergestellt werden. Ihr Gewicht beträgt durchschnittlich 100 g. Das Stück kostet etwa 12 Pfg. Mit Sauerkohl und Erbsen, in Linsensuppen, mit Mostrichsauce und Kartoffeln gibt die Fischwurst ein gutes Gericht.

Geräucherte Schellfische sind besonders zur Abwechslung bei der Abendbespeisung angebracht. Sie werden ebenfalls in manchen Irrenanstalten gegeben. Das Stück wiegt 100—150 g. Der Preis stellt sich auf etwa 5 Pfg.

Von hohem Wert sind endlich die Fischkonserven. Eine in Betracht kommende Einführung der Fischkonserven in den Speiseplan der Irrenanstalten scheint noch nicht statt zu haben.

In einigen Anstalten werden Rollmöpse gegeben. (Bezug in Fässern.)

Manche meiner Ausführungen habe ich dem Buche des früheren Hafenmeisters Duge, „Die Dampfhochseefischerei in Geestmünde", entnommen. Es werden hier die Hochseefischerei, ihre Nebenbetriebe, der Heringsfang u. s. w. eingehend geschildert. Im Anhang sind bewährte Fischkochrezepte zusammengestellt.

In dankenswerter Weise ließ mir die bekannte Seefisch-Großhandlung von Heine & Eißfeld in Geestemünde Auskunft zu Teil werden. —

Hofbuchdruckerei C. A. Kaemmerer & Co., Halle a. S.

Heynemann'sche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.